

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

OTITE ET PARALYSIE FACIALE

Par le Dr GELLÉ (1).

L'épidémie de grippe de l'hiver 1889 à 1890 s'est montrée d'une gravité exceptionnelle tant par la multiplicité des sujets atteints que par celle des complications consécutives observées. Parmi celles-ci les otites de l'oreille moyenne ont été des plus graves.

La suppuration souvent bilatérale, l'abcès mastoïde, la suppuration des cellules mastoïdes ont été d'une multiplicité remarquable. Delstanche à Bruxelles, Politzer à Vienne, Lœwemberg et moi, au milieu même de l'épidémie, nous avons attiré l'attention sur ces manifestations otiques d'une fréquence et d'une gravité insolites.

Depuis lors, la presse a recueilli une foule de faits, de phénomènes pathologiques consécutifs à cette maladie, et le sujet semblait épuisé, au moins en ce qui regarde les affections auriculaires. Mais il n'en est rien.

En effet, pendant toute la durée de cette épidémie et depuis j'ai observé, en nombre tout à fait étonnant, une des complications des plus sérieuses de l'otite moyenne suraiguë; je veux parler de la paralysie faciale. De là, l'idée de cette thèse. En ajoutant à ces faits ceux que j'ai récoltés tant dans ma pratique personnelle que sur les malades de la consultation du service otologique, que le professeur Charcot a ré-

(1) Mémoire lu au Congrès de Berlin en août 1890.

cemment créé et annexé à la clinique des maladies du système nerveux de la Salpêtrière, j'ai pu observer 31 cas de paralysies faciales liées ou non à des otites grippales ou autres. J'ôterai d'abord un cas par traumatisme, puis un cas causé par la foudre et un troisième par tumeur cérébrale, dont nous parlerons cependant.

Restent 28 faits, dont j'élimine 5 cas d'otorrhées chroniques : 2 sur des enfants de 7 et de 9 mois, et 3 autres sur des adultes manifestement l'un tuberculeux, les autres syphilitiques. Les 23 observations qui restent sont des paralysies faciales liées à des otites aiguës indiscutables dans 18 cas.

On remarque tout d'abord que dans deux cas seulement (Obs. 21-22) la suppuration eut lieu ; et elle fut postérieure, une fois, à la paralysie de la face ; 21 fois les oreilles n'ont pas suppuré.

J'insiste, dès le début, sur cette statistique, car il a été donné dans le même moment d'observer les accidents suppuratifs les plus variés et les plus étendus, les processus les plus envahissants, les fusées purulentes du côté de la parotide, de la région mastoïde, sur le temporal, etc., sans qu'aucune manifestation de trouble fonctionnel se soit montrée du côté du facial. Il semble que cette marche, cette extension de l'inflammation vers le dehors, toutes sérieuses qu'elles soient, exposent moins aux complications de cet ordre. Le pourquoi de ces localisations nous échappe.

II

Sans entrer dans de grands détails anatomiques, je rappellerai seulement, pour préciser la pathogénie de la lésion du nerf facial dans l'otite moyenne, que ce nerf, dans son trajet à travers le rocher, côtoie la cavité tympanique. Ces rapports sont plus ou moins intimes, suivant que la paroi osseuse du conduit parcouru par le nerf offre une épaisseur plus ou moins forte. L'isolement est variable et très imparfait.

En effet, le canal de Fallope, à partir de son affleurement à la paroi interne de la caisse du tympan, fait une saillie

semi-cylindrique visible et accessible chez l'adulte, quoique moins que chez le nouveau-né.

Cette zone superficielle s'étend du bec de cuiller et du tendon réfléchi du tenseur jusqu'à la pyramide; elle forme au-dessus de la fenêtre ovale et de l'étrier un bourrelet arrondi en plein cintre. Plus bas le canal de Fallope s'enfonce dans la paroi postérieure de la caisse; et disparaît dans l'épaisseur du rocher.

Cette portion du canal, saillante, superficielle à parois minces, est le « *point vulnérable* » dans l'otite; celui par où le nerf est atteint.

D'autres conditions anatomiques s'ajoutent encore, qui facilitent l'envahissement du conduit et les lésions concomitantes du nerf inclus.

D'après Henle, Hyrtl, il existe constamment chez l'homme à la face inférieure du bourrelet arqué formé à la face de la paroi de l'oreille moyenne par le canal de Fallope, une lacune assez étendue, par laquelle les vaisseaux du canal s'anastomosent avec ceux de la caisse. La nutrition du facial, ainsi que je le remarque dans mon traité (1), est donc en ce point liée à celle de la paroi labyrinthique; et la propagation des troubles vasculaires ou inflammatoires existe facilement entre celle-ci et le canal; les deux périodes se confondent à ce niveau, et subissent le même processus. Il existe de grandes variétés dans ces dispositions; mais leur existence et la prédisposition qui en découle sont évidentes, et expliquent la communauté des maux.

III

J'ai pris soin d'éliminer les faits d'otorrhée chronique pour préciser davantage le mode pathogénique de la paralysie faciale dans l'otite moyenne aiguë. Avec Deleau et Roche (1857), avec Weir-Mitchell, avec Berard, avec Erb, avec Grasset, je pense que le nerf facial se trouve comprimé dans sa gaine osseuse, par l'infiltration œdémateuse inflammatoire du périoste du canal.

(1) *Précis d'otologie*, Gellé, 1885.

L'apparition de la paralysie dans les premiers jours de l'inflammation otique du deuxième au huitième, dans mes observations, avant tout exsudat et bien avant la formation du pus, plaide en faveur de cette opinion. La guérison fréquemment rapide de la paralysie faciale s'explique mieux ainsi; et les récidives si faciles se comprennent aisément, puisque la lésion laisse intact le tissu même du nerf. Grasset, rappelant les expériences et conclusions de Weir-Mitchell, émet aussi la même opinion: le tissu nerveux, dit-il, est comprimé, mais respecté; d'où le retour rapide et intégral à la condition normale. Voici un fait où le processus œdémateux aigu du début a été nettement constaté, le mode pathogénique s'étant trahi au dehors. Observation, 23 mai 1881. (Résumé n° 23.)

M..., 35 ans, plombier pour appareils de chauffe; atteint de goutte aux deux pouces des pieds il y a six ans. L'oreille droite est bonne; la montre y est entendue à 40 centimètres; perception crânienne bonne partout. L'oreille gauche s'est assourdie depuis huit jours, sans douleur, à la suite d'un refroidissement. M. = 10 centimètres à gauche. Il se plaint de la gorge, rouge cramoisi, à gros plis qui comblent le pharynx; douleur à la pression le long des vaisseaux du cou, à gauche. Il constate de plus, en divers points de la face et du cuir chevelu, mais surtout à l'occiput, au niveau de la région mastoïde et sur le haut du front et du vertex, l'apparition de *bosselures subœdémateuses sans éruption, sensibles au toucher*. Depuis, la face s'est déformée; il y a de la *paralysie faciale gauche*; le malade ne peut clore l'œil gauche ni siffler; les aliments s'amassent dans la joue; la bouche grimace et se tord à droite, etc.; la sensibilité est intacte. Il n'y a pas d'hypéracousie ni d'audition douloureuse. — Le tympan clair, déprimé, opalescent au fond; le triangle lumineux net; pas d'injection vasculaire. D. V. perçu à gauche; son non mobilisé par l'occlusion du méat droit.

26 mai. Deux jours après, douleurs névralgiques très vives au front, à la tempe, au devant du tragus, sous l'articulation et sous la mâchoire; bourdonnement d'oreille intense. — 5 juin. M. 25 centimètres à gauche; soulagement par la quinine; souffle et claquement par le valsava à gauche; la paralysie complète flasque, identique (électrisation, courants induits); tête lourde, douleurs otiques moindres. — 15 juin. Douleurs violentes au

niveau de l'articulation du pouce du pied gauche ; véritable accès de goutte (héréditaire du côté paternel) ; mieux immédiat des douleurs otiques et névralgiques, des bourdonnements, de la céphalalgie.

La pharyngite persiste, et des vertiges tourmentent le malade au plus léger mouvement de tête.

Le tympan est translucide, net ; vue de l'enclume ; voussure moindre. Claquement tympanique par la déglutition, déplacement en totalité de la membrane par le valsava.

25. Amélioration ; les douleurs de goutte s'apaisent. Dyspepsie extrême ; vertiges ; sensation de goût d'encre du côté gauche de la langue.

3 juillet. Accès de goutte cessé ; pharyngite persistante avec rhinite ; obstruction tubaire ; vertiges constants et provoqués par les pressions. Autophonie, résonance douloureuse de la voix de son enfant et de la sienne. Cependant les signes objectifs otiques sont toujours d'apparence à peine anormale.

Maintenant la figure est presque normale au repos. Les rides se reforment ; il y a toujours congestion pharyngée.

En août, guérison de la paralysie faciale, mais conservation d'un peu de vertige et d'une grande sensibilité au bruit ; la pharyngite rhumatismale ne cède que lentement ; la trompe est redevenue facilement perméable à gauche, sans grande amélioration de l'ouïe. En résumé, otite à gauche, avec rhino-pharyngite subœdémateuse, puis accès de goutte au pied, qui arrête le processus otique ; enfin, reprise avec intensité moindre, après l'accès de goutte passé ; vertige, autophonie, ouïe douloureuse et abaissement de l'ouïe à gauche persistant après la paralysie faciale guérie.

Ce malade a conservé longtemps un retard énorme de l'accommodation constaté par l'audition successive de deux sons ; le deuxième, plus faible, n'était perçu que 5 à 8 secondes après le premier (expérience avec le téléphone et la bobine d'induction).

Ainsi, le canal de Fallope a été envahi par un œdème aigu phlegmoneux véritable.

J'ai pu observer deux fois le zona du pavillon, de la joue et du pharynx dans les prodromes de la paralysie de la face. L'existence de ce curieux processus névritique dans les antécédents immédiats de l'affection parétique du facial mérite d'attirer l'attention ; il y eut un cas suivi de suppura-

tion ; tous deux s'accompagnèrent de souffrances prolongées et de phénomènes d'hyperesthésie auditive (vertige, ouïe douloureuse).

Au point de vue étiologique, on doit penser, d'après ces faits, qu'il y a simultanéité des lésions otiques et nerveuses, mais nullement que l'une est issue de l'autre ; cependant cette propagation, en certains cas, est indiscutable.

La prédisposition, née des rapports anatomiques si étroits, suffit-elle à l'étiologie de la paralysie du facial intra-tympanique ? Il résulte de l'analyse des faits d'otites aiguës, grippales surtout, que j'ai observées récemment, que la nature et l'évolution même de l'inflammation ont aussi, pour amener ce résultat, une grande valeur causale. C'est ainsi que le mode épidémique, qui résume plusieurs éléments d'activité morbide et de gravité, a fourni un nombre anormal de ces complications paralytiques. En regardant de plus près, on trouve également, dans la marche du processus obtique, les raisons de l'apparition si précoce de la paralysie. Si les observations montrent, en effet, que le « point vulnérable » du canal de Fallope est primitivement frappé, alors tout devient clair dans cette pathogénie.

Or, les faits indiquent l'évolution suivante : à l'oreille, l'inflammation succède, à plus ou moins longue échéance, à des rhinites intenses et rebelles, à des pharyngites grippales, infectieuses ou autres, à sécrétions puriformes, avec amygdalites suppurées partielles ou générales, soit du même côté, soit à l'opposé ; la trompe se prend, puis la paroi interne de la caisse, et surtout la voûte de celle-ci ; la chaîne des osselets est prise à la suite, et ce n'est que bien plus tardivement, dans la plupart des cas, que la paroi membraneuse, le tympan, est à son tour envahi. Déjà la paralysie existe, et aucun signe objectif ne traduit le mal profond décelé par de douloureux troubles subjectifs et fonctionnels. Déjà la paralysie faciale est *totale*, et c'est à peine si l'inspection (Obs. 23) de l'oreille révèle un aspect trouble, une opacité dans le segment supéro-postérieur du tympan. Plus tard apparaissent les rougeurs au pôle supérieur, au-dessus de l'apophyse externe et sur la région

murale du conduit osseux ; le quart supéro-postérieur de la cloison se ballonne, rougit, fait saillie peu à peu, et son gonflement se confond avec celui de la paroi du conduit ; les deux tiers inférieurs de la membrane restent comme en dehors du processus et peuvent rester tels. Si l'inflammation marche vite, tout apparaît rouge et gonflé comme dans l'otite moyenne totale.

Cette progression des profondeurs à la surface est l'allure de l'otite aiguë périostique, de l'inflammation intersticielle aiguë ; à en juger d'après l'aspect des surfaces mises à nu dans l'incision de l'abcès prémastoïde, on peut admettre que, grâce à la virulence du mal, à sa nature infectieuse, c'est de l'ostéo-périostite même qui évolue.

Envahi dès la première heure, le canal de Fallope le signale par la paralysie faciale, symptomatique d'une otite de la paroi interne de la caisse.

Mais le diagnostic de l'otite limitée à la paroi labyrinthique n'est pas au-dessus des moyens du clinicien, bien que la plus intéressante partie de cette progression de l'inflammation se passe loin du regard et se dissimule à notre inspection.

Ce diagnostic est au moins facile dans les formes suraiguës, celles surtout dont la grippe nous a multiplié les observations récemment, et où fréquemment les manifestations catarrhales rhino-pharyngées et la bilatéralité des lésions mettaient sur la voie les moins prévenus.

Il faut savoir qu'il n'en est pas de même en dehors de ces conditions ; le chapitre si rempli des paralysies faciales dites *a frigore* suffit à le montrer.

Mais il y a une transition de ces dernières aux autres, celles à otite indiscutable, « *c'est la paralysie faciale douloureuse* » dont la fréquence, signalée par Weber, a été relevée par d'autres auteurs (Grasset et Neumaum) tout dernièrement en France (1).

(1) CHARCOT : Leçons des 17 janvier et 7 février 1888.

WEBER : *Briston medical. H.*, 8 février 1878.

NEUMANN : Du rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale. 2 mémoires. *Arch. neur.*, juillet 1887.

Dans l'épidémie d'influenza, la plupart des paralysies faciales ont été précédées de douleurs vives ; il n'est pas illogique d'admettre que, pour une partie, ces douleurs étaient sans doute causées par la compression du nerf facial, que l'on sait être sensible à sa sortie du trou stylo-mastoïdien ; le siège de la douleur, à la région mastoïdienne, en effet, est noté fréquemment dans une foule d'observations ; c'est un des signes de l'otite moyenne (Weber, Grasset, Neumann).

Le périoste du canal est aussi le point de départ d'irritations du trijumeau.

En réalité, en face d'une malade atteinte d'hémiplégie de la face, écoutez le récit des douleurs endurées, négligez l'examen de l'oreille et de l'audition, et vous trouvez le type de la paralysie faciale douloureuse des auteurs. J'ajoute que l'otite et la douleur passent relativement vite et que la paralysie dure et saute aux yeux ; tout le monde connaît celle-ci, et beaucoup ignorent celle-là.

IV

L'otite qui se compliquera de l'hémiplégie de la face, a-t-elle une allure particulière ? se présente-t-elle avec des signes qui puissent indiquer à l'observateur l'imminence de cette complication ? y a-t-il une otite prémonitoire, pour ainsi dire, de la paralysie ?

Si l'on considère dans leur ensemble celles de mes observations récemment récoltées pendant la grippe, certes on est frappé de la ressemblance fort nette des symptômes primordiaux au point de vue de leur apparition, de leur évolution, de leur intensité, de leur durée et de l'époque où naît l'accident nerveux paralytique ; on aurait tendance à voir, dans ce complexus symptomatique, une sorte de syndrôme parti-

CARTAZ : Thèse de Paris ; Paralysie douloureuse de la septième paire.

MOEBIUS : Sur la prédisposition héréditaire à... (Erlemmeyr's centralblatt, 1886, S. 197,82.)

BERNHARDT : Boitrag zur refrigeratorischen Facialis lähmung. (Berlin Klin, Woch, 19.1888.)

culier et, comme j'ai dit, une apparence de signes prémonitoires.

Ces clichés symptomatiques sont cependant absolument identiques aux tableaux nosologiques présentés par les inflammations auriculaires qui n'ont pas été compliquées de paralysie de la face.

La comparaison en a été facile durant cette influenza où les cas des deux sortes ont abondé.

Donc, aucun caractère notable ne peut servir à la prévision de cette complication sérieuse, pas même l'intensité du processus.

Nous verrons au cours de notre étude ce que cette conclusion a de trop exclusif; l'analyse des faits et de leur évolution semble faire augurer mieux.

Mais tout d'abord n'est-ce rien que de rappeler que la paralysie faciale est souvent liée à un état inflammatoire.

Attaqué énergiquement à son début, celui-ci cédera, sans doute, plus vite; et c'est là une indication des plus pressantes en présence d'une hémiplégie faciale.

L'analyse des observations de ma série fera mieux connaître les phases et accidents de ce conflit pathologique, à début otique, et terminé par l'hémiplégie faciale. Nous y associerons la comparaison des hémiplegies otitiques, avec celles qui reconnaissent une étiologie toute différente, et non inflammatoire.

V

La fièvre a été signalée dans les premiers symptômes prodromiques de l'affection du nerf comme dans les cas d'otite moyenne aiguë simple. Fièvre vive; avec ascension rapide de la température que j'ai vue atteindre 40° et 41°; avec ses redoublements paroxystiques nocturnes; avec sa marche progressive, l'insomnie et la céphalalgie.

Par contre cependant dans 2 cas, non épidémiques, il y eut à peine un jour de malaise au début; rappelons qu'il s'agit de la forme non suppurative la plupart du temps.

Un des symptômes noté dès le début, et des plus remar-

quables au point de vue du diagnostic, c'est la douleur, ou mieux les douleurs.

Elles sont terribles le plus souvent (17 sur 22) ; affections primaires, poussées nouvelles sur d'anciennes otites rhumatisques ou récidives apyrétiques sont toutes accompagnées, et annoncées plutôt, par des crises de douleurs otiques, paraoitiques, plus ou moins étendues à la moitié de la face.

Souvent toute la tête est prise ; mais surtout du côté atteint plus tard de parésie ; car souvent dans les états diathésiques et dans l'épidémie d'influenza, les deux oreilles sont à la fois enflammées, mais inégalement.

Ces douleurs s'exaspèrent la nuit ; aussi par les mouvements, la mastication dans le bruit après le repas, mais dans la nuit toujours ; elles sont à redoublements et les malades redoutent le retour des périodes plus ou moins régulières d'exacerbation. Les douleurs offrent d'une façon très remarquable l'allure, les foyers caractéristiques des *névralgies faciales*.

C'est au point que celles-ci absorbent absolument l'attention du clinicien dans les cas moins franchement fébriles ; et que la combinaison de la paralysie faciale et de la névralgie du trijumeau a frappé les neuropathologistes qui ont décrit la paralysie faciale douloureuse.

Weber a récemment attiré l'attention sur la douleur qui accompagnerait la paralysie faciale dans plus de la moitié des cas. (*Rev. sc. med.* XI, 149.) Cette douleur siège surtout dans l'oreille, derrière elle, sur le bord inférieur du maxillaire inférieur ; quelquefois, dit-il, elle est plus généralisée, il l'attribue soit à des filets de la 5^e paire, soit surtout au rameau auriculaire du pneumogastrique.

Dans les observations on trouve plus fréquemment notés certains sièges ou foyers algiques ; tels sont la douleur à la nuque, très gravative ; celle de la région mastoïde, de même ; celle de l'occiput aussi ; mais la céphalalgie frontale, le serrement des tempes, la constriction de la gorge, les secousses dans les dents, et jusque dans l'œil ont été souvent observés.

Ce tableau des souffrances endurées n'est-il pas celui des

troubles sensitifs symptomatiques des otites graves et profondes, dans lesquelles tous les nerfs sensibles peuvent être impressionnés par la lésion du plexus nerveux tympanique. On ne trouve pas de différence.

Certains malades se plaignent aussi d'éprouver des douleurs dans les muscles du cou, de véritables crampes causées par les mouvements ; de la raideur des mâchoires. J'ai vu quelquefois du torticolis ; le malade, énervé par la souffrance, redoute tout déplacement de la tête. Le facial, le spinal subissent donc l'excitation partie du trijumeau et du plexus tympanique ; ces sièges divers de la douleur la différencient de la simple névralgie de la 5^e paire.

L'otalgie avec redoublements à elle seule devrait conduire à examiner l'oreille moyenne ; à plus forte raison cette multiplicité des points algiques manifestement situés en dehors de la sphère d'action du trijumeau.

Que l'otite suppure ou qu'elle soit plastique, interstitielle, non suppurative, le même tableau se présente, qu'elle soit ou non suivie plus tard d'un phénomène paralytique. Dans les otites syphilitiques, j'ai pu constater l'apparition de la paralysie après une série de crises douloureuses des plus prolongées (3 mois, 4, 10 mois).

Dans Toynbee (p. 245) je trouve signalée l'intensité des douleurs dans le cas de paralysie syphilitique de la face, et de même dans les otites moyennes aiguës suivies de paralysie faciale (Obs. I, II et III, Toynbee).

Mais il faut mettre en regard de ces faits les cas très différents où la douleur a été faible (Obs. 3 et 4). Dans la plupart des cas aigus récemment observés, c'est le huitième jour des souffrances, de la fièvre et de l'otite, au milieu ou à la suite d'une crise de douleurs otalgiques, avec rayonnement dans tout le côté du crâne, de la face et du cou que la paralysie s'est montrée, la migraine peut la précéder (Obs. 2, 12). Dans deux observations de Toynbee ce fut pour l'une le deuxième jour, pour l'autre le huitième jour que l'hémiplégie parut.

La compression des nerfs et l'étranglement des tissus engorgés jouent le plus grand rôle dans la pathogénie de

ces douleurs atroces de l'otite moyenne suraiguë. Le plexus tympanique épanoui à la surface de la paroi interne de la caisse est soumis à une compression violente grâce à ses rapports intimes avec la paroi osseuse.

En même temps le facial et l'étrier, et par celui-ci le labyrinthe, subissent aussi une énorme compression, d'où les bourdonnements, les troubles vertigineux si marqués, la surdité, la paralysie et les douleurs qui marchent de front dans toutes les observations.

Dans le premier travail de Neumann, sur la *prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale*, je trouve notée huit fois sur seize cas la douleur sur la région mastoïde, et à l'oreille du côté paralysé. Dans les huit autres observations, l'auteur indique le plus souvent l'existence antécédente de névralgies faciales, de migraines, accidents douloureux, que je trouve également dans une partie de mes observations, et même deux fois spécialement persistants du côté qui devient plus tard le siège de la paralysie faciale.

A ce propos, il faut se convaincre que la clinique otologique démontre amplement que ces névralgies sont très souvent des signes avant-coureurs sérieux de lésions otiques méconnues. Ce sont au début et bien souvent longtemps les seuls symptômes signalés.

Le médecin les traite sans se préoccuper de leur valeur diagnostique.

Dans le deuxième travail de Neumann, ces douleurs péri-auriculaires, mastoïdes, etc., ne sont notées que deux fois ; mais son étude ne donne nulle part, on le pense bien, les résultats de l'exploration des oreilles et de l'audition, points tout à fait en dehors du sujet bien limité, choisi par l'auteur.

Cependant, de l'ensemble de ses quarante-deux observations très nettes, et qui ont toutes rapport à la variété de paralysie faciale, dite *a frigore*, il résulte d'abord que l'otite suppurée est une forme rarement rencontrée dans la paralysie faciale *a frigore* ; ce qui vient à l'appui de ce que j'ai dit plus haut de la forme interstitielle, plastique des otites compliquées

de paralysie faciale. De plus, dans les antécédents de presque toutes ces malades, l'auteur a noté aussi la fréquence des névralgies de la face et des migraines. Je ne saurais trop insister sur ces symptômes précurseurs, qui n'ont jamais fait défaut dans les cas de paralysie faciale de ma statistique où les signes otiques ont été douteux ou insignifiants pour tout autre que pour un auriste.

Ainsi malgré l'allure névralgique des douleurs ressenties par un grand nombre de sujets, le clinicien ne devra pas conclure à la légère, à l'existence d'une simple affection du trijumeau.

On regarde bien, en ce cas, si les dents n'offrent pas de carie; il sera indispensable de penser à l'oreille, de l'examiner. On sera conduit dans ce sens par les commémoratifs qui signalent au début l'existence d'un catarrhe aigu des premières voies, fait très indicateur et significatif, surtout en temps d'épidémie de grippe.

L'erreur est souvent possible par suite du siège éloigné du foyer principal des douleurs; nous avons vu des malades se plaindre exclusivement de douleurs ayant leur maximum au niveau de la nuque, le long des mâchoires, à la tempe, etc., sans parler de leur oreille ou très secondairement.

L'oreille, dans ces cas, semble absolument en dehors du processus; les algies réflexes divergentes égarent plutôt l'observateur, c'est le point de côté sous-mammaire dans la pneumonie du sommet.

VI

La surdité est très accusée, si les deux organes sont frappés à la fois gravement comme cela a été fréquent dans cette épidémie d'influenza. Je la trouve signalée dans 14 cas sur 20.

Chez une bonne partie des malades, la surdité a guéri (12 sur 23); et deux fois seulement elle resta incurable (Obs. 7 et 13). Neuf fois, l'audition rétablie fut toujours bien au-dessous de la moyenne (8, 10, 25 centim.). Dans 8 cas,

la surdité était totalement guérie au troisième mois de la paralysie faciale.

D'autre part, assez fréquemment, celle ci n'est absolument disparue que du troisième au cinquième mois. Dans les cas aiguës légers la paralysie est encore très accusée et l'on constate une bonne audition ; c'est que l'otite souvent guérit plus vite que la paralysie.

On trouve par l'analyse des observations que c'est tantôt la paralysie faciale, tantôt au contraire la dureté de l'ouïe qui persiste le plus longtemps.

Dans les paralysies de la face liées à des otites chroniques suppuratives ou non, les lésions de l'oreille entraînent le plus souvent une surdité très tenace ou au moins un grave affaiblissement de l'ouïe (Obs. 1 et les 5 obs. éliminées).

La paralysie du nerf facial n'est pas, à proprement parler, causée par l'otite. Ce sont deux phénomènes connexes, souvent concomitants, quelquefois consécutifs. Mais il n'est pas possible d'établir un rapport entre la gravité de la lésion auriculaire et celle du nerf.

Les lésions objectives sont aussi variées que les modes d'évolution de la paralysie ; mais ce sont les rapports de voisinage plutôt que de causalité. Les premiers, comme nous l'avons montré, sont si étroits que cela explique la fréquence de l'évolution simultanée de la paralysie et de l'otite, mais chacune peut évoluer indépendamment de l'autre.

Quant aux troubles de l'ouïe, ils suivent dans leur développement la marche de l'otite ; le rôle de la paralysie n'est que très secondaire à ce point de vue (Obs. 16 ; Obs. 1).

Ma statistique montre que dans la plus grande partie des cas, on a pu constater des altérations sensibles de la membrane du tympan, des signes objectifs manifestes (15 sur 23). Encore les autres malades ont-ils été observés tard, alors que les affections otiques avaient pu disparaître (Obs. 2, 9, 18). Deux fois au moins la perception du diapason Vertex fut trouvée nulle ; six fois la montre n'a pu être entendue nulle part sur les os du crâne ; et treize fois la perception aérienne de la montre resta toujours au-dessous de 12 à 18 centi-

mètres; souvent elle était nulle par l'air, et la montre devait être collée au méat pour être perçue.

Trois fois l'état de la caisse tympanique et l'intensité des phénomènes subjectifs firent décider la parenthèse non suivie d'issue de pus, mais cause d'un immédiat soulagement (Obs. 7, 8, 17).

Dans trois paralysies, l'audition a été à peine touchée au début; cependant même en ce cas il y avait des signes certains d'otite moyenne profonde; d'autres fois, la malade, observée au troisième mois, offrait deux oreilles saines et l'ouïe excellente, bien que la paralysie fût constatée (Obs. 2, 10, 11, 12).

On voit que l'étude de l'influence de l'hémiplégie faciale sur l'audition a été absolument faussée par cette confusion avec les effets très clairs de l'otite concomitante. L'otite est le plus souvent méconnue, et la paralysie, au contraire, est manifeste: erreur facile.

Dans un cas d'hémiplégie faciale non otitique, mais manifestement dû à une tumeur intracrânienne, avec paralysie du moteur oculaire externe du même côté, que j'ai pu étudier dans le service otologique annexe de la clinique du professeur Charcot, j'ai noté l'absence de tout trouble de l'ouïe et de toute lésion auriculaire; l'audition était excellente; il n'y avait ni douleurs, ni bourdonnements, ni vertiges, etc.

Le seul phénomène observé est la latéralisation du côté paralysé du son du diapason Vertex. On s'explique le fait par la tension exagérée du tympan, sous l'influence de la prédominance d'action du tenseur tympanique; le stapédus, animé par le facial restant inerte.

Et, c'est là tout; en présence d'une paralysie complète, flasque, datant déjà de quatre mois.

En résumé, il ressort de cette analyse que si les lésions auriculaires manquent, les troubles auditifs font défaut (Obs. 11, 9, 3, 2; plus un cas de paralysie faciale par la foudre, et ce cas décrit plus haut de paralysie faciale par tumeur cérébrale).

J'ai voulu porter l'analyse plus loin et j'ai étudié les trou-

bles moteurs, les otoplégies liées aux paralysies du nerf facial, ou qu'on a cru devoir rapporter à ces paralysies et par lesquelles certains auteurs, déjà anciens, ont pensé expliquer l'ouïe douloureuse, par exemple.

VII

On sait que la paralysie du muscle tenseur dans l'hémiplégie de la face fut admise et défendue par Landouzy père, Longet, Roux, Roche, etc.; alors c'était elle qui constituait l'élément indispensable à la production de l'hyperacousie, mieux nommée par Dechambre l'ouïe douloureuse, car elle coïncide souvent avec un abaissement de l'acuité auditive.

Depuis les travaux récents de Politzer, Lucæ, Troeltsch, Moos, etc..., à l'étranger, de Vulpian, M. Duval, Sappey, etc., en France, on sait que le muscle interne du marteau ne reçoit pas son innervation du facial; son activité persiste donc dans l'hémiplégie; et c'est à cette action sans antagoniste que l'on rapporte l'origine de l'exaltation de l'ouïe.

Or, on ne peut nier que ce symptôme s'observe journellement dans l'otite moyenne sans paralysie faciale; et même bien plus fréquemment que dans celle-ci. Je ne le trouve noté que trois fois sur 28 faits de ma statistique, et je possède des centaines d'observations de ces otites simples à audition douloureuse.

Nous avons montré que l'un des signes de la prédominance du tenseur et de l'incapacité du stapédus, quand l'oreille est saine, consiste dans la constatation d'une latéralisation du son du diapason Vertex du côté paralysé (Obs. 2, 33, 9, 10).

C'est un signe que l'on trouve très net une fois la période otitique passée, quand l'audition est revenue.

Mais on peut aussi étudier le muscle tenseur au moyen des pressions centripètes exercées sur l'oreille saine. On ne doit chercher également, on le comprend, de résultat sérieux qu'après la guérison de l'otite.

Mais celle-ci dure bien plus qu'on ne le croit, et des lésions tympaniques invisibles subsistent souvent, alors que

l'acuité semble bonne, même avec des portées inattendues, de 20 à 25 centimètres avec la montre, par exemple. Dans ces conditions, j'ai pu constater l'inertie du tenseur neuf fois.

Elle ne pouvait être due qu'à une lésion du muscle lui-même ou à sa parésie réflexe, quand j'avais obtenu une épreuve positive avec les pressions centripètes, c'est-à-dire quand je produisais l'atténuation du son du D. V., en agissant ainsi sur l'oreille du côté paralysé (ce qui prouvait la mobilité de l'appareil et de l'étrier), alors que la pression sur l'oreille opposée restait cependant sans résultat. L'appareil de transmission était bien redevenu mobile, ainsi que l'étrier, mais le muscle, altéré dans sa structure ou dans son innervation, n'obéissait plus à l'excitation synergique (Obs. 1, 6, 13, 14, 16).

Dans l'observation 9, dans l'observation 18, l'épreuve des synergies est nulle; cependant, en opérant à l'inverse, c'est-à-dire en agissant de la mauvaise oreille sur la bonne, on obtient l'effet positif du côté sain. Or, cela montre qu'il y a, du côté paralysé, un trouble dynamique et non une lésion des parties conductrices.

Il y a parésie du tenseur; mais celle-ci est uniquement d'origine otitique, bien que la paralysie faciale existe encore.

On constate même ces phases très nettes dans l'observation 16. Au début, en pleine période otitique, le réflexe est nul; le mouvement synergique manque et, deux mois après, il existe très franc; c'est que l'otite et ses suites ont disparu, car la paralysie faciale n'est pas encore guérie.

J'ai provoqué également cette activité du tenseur du tympan, en pleine paralysie faciale, au moyen des mouvements synergiques de ce muscle, associés aux contractions des masticateurs, à celles des peaussiers de la face, et par l'acte de la déglutition.

C'est une série de moyens d'étude dont je ne saurais trop recommander l'usage, car le diagnostic des otoplégies consécutives s'en éclaire vivement.

Ainsi, la part de la lésion peut être faite; celle de l'inertie

musculaire consécutive, post-inflammatoire, se trahit sûrement et apparaît évidente; celle de l'hémiplégie se limite et se précise.

Nous verrons, par la lecture de mon second mémoire, que l'on peut aller encore plus loin et reconnaître ainsi la lésion du centre, du foyer réflexe d'accommodation lui-même. (Voir 2^e travail, *Audition et paralysie faciale*.)

Dans une dizaine de cas, j'ai pu ainsi faire agir le tenseur et constater, par l'atténuation du son du D. V. et du diapason posé en face du méat auditif, le jeu de ce muscle et observer la conservation ou la perte de son activité dans la paralysie de la face, quand aucune lésion appréciable ne subsiste à l'oreille.

Par exemple dans l'observation 8, les atténuations, nulles au début, sont devenues franches à la fin, bien que la paralysie persistât.

Dans l'observation 9, l'extinction du diapason était bien plus accusée du côté de la paralysie et également pendant la déglutition.

L'analyse clinique a confirmé les notions de la physiologie.

Je signalerai en passant l'indication thérapeutique qui découle de ces investigations; celle des courants électriques trouve dans ces constats de l'inertie musculaire une sûreté indiscutable à la fin des otites.

En résumé, de cette analyse, il résulte que la paralysie faciale ne produit pas une surdité appréciable, et aussi qu'elle laisse intacte la motilité du tenseur. Les cas où ce muscle semble frappé d'inertie se rapportent aux lésions de la période otitique de l'hémiplégie faciale.

Passons au *stapédus*. Nous avons vu que sa parésie entraîne peu d'altération de l'ouïe, et seulement une latéralisation du son du D. V. du côté paralysé.

Est-ce là le seul signe de cette parésie du stapédus? on a expliqué par elle l'ouïe douloureuse, sans réfléchir aux lésions postotitiques des articles de la chaîne et des tissus tendineux et membraneux de la caisse tympanique.

A la prédominance du tenseur, associez le relâchement

inflammatoire du tendon stapédien, on comprend la succession des chocs douloureux et des secousses nuisibles que le labyrinthe aura éprouvés en pareil cas. D'autre part, l'hyperesthésie de celui-ci est trop naturelle après les crises de souffrances décrites au début de la paralysie faciale. Les conditions qui rendent l'audition des bruits douloureux sont bien plutôt le résultat de l'otite et se rencontrent fréquemment au début de la paralysie (Obs. 18).

Rappelons encore que, dans le cas de paralysie faciale de cause centrale, aucun trouble semblable n'a été observé. (Voir 2^e travail.)

Dans d'autres études, j'ai montré qu'on peut, par le *bâillement*, se rendre compte de l'activité conservée du stapédus; c'est une exploration si délicate et si peu vulgarisable, que je ne voudrais pas trop m'appuyer sur les résultats qu'elle m'a donnés.

Cependant je dois dire, qu'à mon grand étonnement, chez les quelques malades auxquels j'ai pu faire exécuter le bâillement intelligemment, j'ai constaté la persistance de l'activité de ce petit muscle, c'est-à-dire qu'il ne manquait pas à son rôle d'antagoniste du tenseur.

En effet, le diapason Vertex n'était pas modifié dans son intensité; or, j'ai montré que cela se passe ainsi à l'état normal dans le bâillement soutenu. (Voir *Mémoire au Compte rendu de la Soc. d'otologie*; juin 1890.)

Pour comprendre cette intégrité d'activité, malgré la paralysie faciale, il faut admettre que ce petit muscle de l'étrier reçoit son innervation de plusieurs sources; et, comme j'ai pu constater cette persistance en présence de lésions otiques manifestes dans la paralysie faciale, je penche à admettre que c'est par l'orifice inférieur du canal de Fallope, au moyen de l'anastomose du facial avec le glosso-pharyngien, que cette innervation seconde a lieu.

Au reste, la jeune malade dont je parlais tout à l'heure, atteinte de paralysie de cause cérébrale limitée au facial, m'a permis de constater plusieurs fois aussi cette intégrité de l'action stapédienne antagoniste dans le bâillement.

J'avoue que je m'attendais, au contraire, à trouver le stapedius en défaut.

VIII

Les bourdonnements ont été aussi fréquents que la surdité, et ils offraient toutes les nuances de tonalité et d'intensité.

Je n'ai pensé que dans un cas à observer l'effet des contractions des masticateurs.

On sait que certains bruits cessent par les pressions c'était le cas ici.

Les bruits disparaissent avec les lésions auriculaires et en suivant absolument l'évolution ; la paralysie se passe, et ils peuvent persister avec la surdité et les vertiges.

IX

Les vertiges (1) ont été notés 14 fois au moins sur 21 cas. 2 fois, sur les 28 cas otitiques, l'attaque de vertige présentait la forme et l'intensité du vertige de Ménière et fut immédiatement suivie de la paralysie faciale.

J'ai dit que dans les cas aigus, c'est après deux à huit jours au moins de douleurs, de vertiges et de sonneries que l'apparition de la paralysie a eu lieu. Dans les cas chroniques et dans les récurrences, ils sont notés aussi comme accompagnant les retours offensifs de l'affection du nerf facial et de l'oreille.

Souvent le vertige persiste ; il est continu ; on voit là tous les types du vertige otitique.

Le n° 6 était dans un état d'ivresse constante ; le n° 14 avait encore du vertige le cinquième mois ; la paralysie était

(1) CHARCOT : Leçon du 20 novembre 1888 ; quatre cas de paralysie de la face, dont trois douloureux.

LÉO : Thèse de Paris, 1876 ; otite et paralysie faciale.

CHARCOT : Leçon 11^e, 1888 ; otite gouteuse, vertige de Ménière et paralysie faciale.

TILMANN : Facialislähmung bei Orenkrankheit, Diff. Halle, 1869. — Otite et paralysie faciale.

guérie ; mais non les lésions otiques et leurs suites (surdité, bourdonnements).

Pierreson, dans son étude sur la diplégie faciale (*Archiv. de méd. et ch.* Août et septembre 1857), signale dans plusieurs observations les manifestations vertigineuses.

Je ne trouve ce symptôme signalé nulle part ailleurs ; depuis lors, un cas du professeur Ball (*Diplégie faciale, France méd.*, 26 décembre 1880).

Il ressort donc des faits que, comme la surdité, comme les bourdonnements, le vertige n'a qu'un rapport très douteux avec la paralysie faciale ; celle-ci existe et le symptôme manque, ou il est intense, continu l'hémiplégie guérie. Je remarque encore que j'ai pu provoquer le vertige par les pressions centripètes comme dans l'otite simple.

Comme nous le disions plus haut, à propos du ramollissement du tendon stapédien, il se peut que lésion et paralysie se trouvent associées pour faire naître et accentuer le même trouble morbide.

Cependant, je ne vois pas dans mes notes que j'aie provoqué plus souvent le vertige dans mon épreuve des pressions.

X

Nous avons souvent parlé, dès le début, de l'ouïe douloureuse dont la paralysie faciale offrirait au dire des auteurs de Landouzy, de Roux, etc., de fréquents exemples.

L'ouïe douloureuse est notée trois fois dans mes vingt-huit cas (otites suppuratives et non suppuratives réunies).

En pleine otite, le rôle de la paralysie dans sa genèse est discutable. Voyons-la quand cette phase est passée, et que la paralysie reste. Eh bien, je ne trouve que trois faits dans mes observations ; et encore y a-t-il ici à faire la part des tendances névropathiques, hyperesthésiques de ces sujets atteints de névralgies faciales habituelles et de migraines.

J'avoue cependant que je n'ai pas tiré le coup de pistolet de Landouzy. J'ai laissé les malades raconter leurs impressions au bruit, et j'ai contrôlé leurs dires avec les diverses méthodes en usage.

Dans l'observation n° 4, on voit nettement la sensibilité auditive, l'audition douloureuse disparaître avec l'otite catarrhale très légère qui l'a précédée, et la paralysie faciale dure encore un mois après. Dans l'observation 23, les rapports entre les symptômes et la lésion otitique est encore très accusé; et son évolution semble parfaitement indépendante de celle de la paralysie faciale. D'autre part on voit, comme dans le n° 6, des troubles subjectifs intenses, vertige, bourdonnement, surdité sans que le sujet accuse éprouver de la douleur au bruit. Dans le cas n° 9, l'audition est redevenue pour la montre égale à plus d'un mètre du côté droit paralysé, égal à quelques centimètres près, à celle du côté sain. Le diapason Vertex est latéralisé du côté paralysé, il y a un peu d'hyperacousie de cette oreille, mais on constate un peu de raideur de quelques peaussiers; et par les contractions de quelques peaussiers de la face il y a une atténuation franche du son du diapason par l'air, que le sujet déclare spontanément plus évidente et plus franche du côté paralysé. Ici l'otite est passée; la paralysie persiste, mais on constate un état névropatique évident, de l'otalgie, des névralgies faciales habituelles, conditions qu'on sait pouvoir suffire à elles seules pour faire naître l'hyperesthésie et la douleur.

Dans le troisième fait de ma statistique, l'affection a succédé à un zona, horriblement douloureux, avec accidents névralgiques intenses; il en est résulté un état d'épuisement nerveux et d'hyperexcitabilité remarquable, sous l'influence de toutes les excitations sensorielles et autres.

J'ai dit combien souvent le phénomène de la sensibilité malade aux excitations sonores se rencontre dans le cas d'otites sans complication paralytique. J'ai pu constater chez une vieille femme une audition extrêmement douloureuse au bruit dans une première période d'otite diathésique, à signes locaux très manifestes, et deux ans après, une paralysie faciale du même côté, sans ouïe douloureuse, dans une poussée nouvelle d'otite. L'indépendance de l'évolution des deux phénomènes morbides est ici éclatante.

Dans les névroses, au surplus, on a observé souvent les troubles hyperesthésiques des sens sans lésion otique appréciable.

De cette analyse, on peut conclure que l'ouïe douloureuse, symptôme otitique fréquent, n'a qu'un rapport très léger avec la paralysie de la face. Cependant la paralysie du stapédus, on le conçoit, dans certaines circonstances, se prête à l'irritation du nerf labyrinthique par les spasmes du tenseur agissant sans antagoniste : il y a là une condition locale de la production de la commotion du nerf et de douleurs otiques.

XI

Quant au pronostic, il se déduit de cette discussion. — L'otite guérit et la paralysie reste, ou l'otite reste et la paralysie guérit.

Ainsi parlent les faits. Rien de plus libre que ces deux évolutions. Ce sont deux phénomènes pathologiques qui marchent parallèlement, le plus souvent, mais non nécessairement associés ; ils sont seulement unis par la continuité du tissu.

Ils agissent bien l'un sur l'autre, mais leur existence n'est pas absolument liée l'une à l'autre. Quand ils coexistent, nous avons vu qu'ils peuvent présenter une opposition complète dans leur gravité, leur durée, leur terminaison.

Cependant la légèreté et la résolution de l'otite moyenne sont d'excellentes conditions pour triompher plus facilement de la paralysie ; les hémiplegies faciales dites *a frigore* le démontrent.

D'autre part, dans les inflammations chroniques, diathésiques, suppuratives ou non, les poussées nouvelles, en même temps qu'elles aggravent la surdité, font souvent renaître la paralysie et sont l'origine des récidives. Si l'hémiplegie a peu d'action sur l'état de l'oreille, l'otite, au contraire, semble aggraver la situation dans la paralysie faciale.

Je ne m'étendrai pas sur le *traitement*, ma thèse étant limitée à l'étude des rapports de l'otite moyenne et de la paralysie du facial.

Cependant, de cet exposé analytique, il ressort clairement

qu'en traitant l'inflammation de la caisse tympanique, on se place dans les meilleures conditions pour réussir rapidement dans celui de l'hémiplégie faciale, puisqu'il est avéré qu'elle est due à un processus inflammatoire infectieux ou diathésique réel. De plus, nous avons vu que l'affection guérit plus vite, en général, quand l'otite est légère.

Au début, le traitement antiphlogistique est donc bien indiqué; on sait combien il calme la douleur de l'otite.

Topiquement, à titre de résolutif énergique qui a fait ses preuves, je place la paracentèse du tympan et, dans les poussées nouvelles d'otite diathésique, l'incision de Wilde.

Une incision étendue et profonde sera pratiquée de bonne heure, avant toute suppuration, dans les cas aigus et surtout si les deux organes sont frappés à la fois, ce qui est un signe de gravité. Je ne parlerai pas des indications nombreuses qui naissent de l'évolution de l'otite, de ses récides et de ses complications, et de l'hémiplégie elle-même; l'intensité des troubles subjectifs exige aussi des soins particuliers; mais tout cela est connu et classique dans le traitement de l'otite en général, et de la paralysie faciale.

Observations très résumées.

OBSERVATION n° 1. — H..., 55 ans, maréchal ferrant. Rhumatisant. Surdité gauche dès l'enfance. En 86, paralysie faciale gauche complète qui a guéri en un mois; bourdonnements intenses persistants. La surdité est restée la même. En octobre 1888, vertige subit, sifflet dans les deux oreilles, nausées, etc., sans perte de connaissance; et le lendemain, au réveil, *paralysie faciale gauche* complète récidivée. En 15 à 20 jours, elle guérit encore; mais le vertige retient le sujet un mois à la chambre; incapable d'aller seul dans la rue, etc. En janvier 89, le vertige est constant; il marche les jambes écartées, et ne sort qu'accompagné. Emphysémateux. Rhinorrhée fluente chronique. — D. V. perçu droit. — D. V. éteint perçu bien par l'air à droite, non à gauche. D. perçu, si son intense à gauche. D. V. perçu à droite, non mobilisé par l'occlusion à gauche. M. peu à peine, collée à gauche, et B. à droite. M. perception cranienne = O. Épreuve des pressions et réflexe auriculaire. Poire à droite : D/tube = B.; D/os = B.; D/or. opposée = B. Poire à gauche : D/tube = B.;

D/or = B; D/or. opposée = O. — pas de transmission du réflexe de la mauvaise oreille à la bonne. — Otoscopie = O. Tympanus opaques très excavés, gris bleu, tendus, immobiles; celui de gauche déformé, à godet central.

OBSERVATION n° 2. — D..., 27 ans. Service du professeur Charcot. 1^{er} mai 1880, migraines habituelles. Saigne facilement du nez. Il y a trois mois, prise de douleurs d'oreilles à crier, qui ont duré deux jours et deux nuits; puis le troisième jour, en mangeant, elle a senti sa bouche se dévier vers la droite : paralysie faciale gauche complète (orbiculaire, etc.). Aujourd'hui elle grimace à peine; l'œil se ferme aux trois quarts. Elle n'a jamais eu de vertige ni d'ouïe douloureuse. D. V. plus à gauche. M. entendue à 1^m,25 à droite, et à 1 mètre à gauche; le I_{a3} moins bien perçu à gauche. Aspect normal; mobilité normale; léger vaisseau dirigé le long du manche à gauche; pas d'arrêt d'accommodation. La voile a toujours eu ses mouvements.

OBSERVATION n° 3. — H..., 45 ans, robuste. Logement humide. Douleurs névralgiques très fréquentes, migraines; redoublement des crises en 1887; ne s'est pas aperçu d'être sourd alors; pas d'otalgie, pas de bourdonnements, pas d'ouïe douloureuse. Subitement, au réveil, *paralysie faciale gauche* complète. Quelques douleurs sciatiques depuis. En six semaines guérison. Entend la montre à 40 centimètres à droite, à 10 à gauche seulement. Il entend la parole parfaitement. Dans le même local, en 1889, l'ile a pris une otite suppurée épouvantable comme crises de douleurs otalgiques et névralgiques.

OBSERVATION n° 4. — 27 avril 1878.

Dame, 22 ans, mariée, nourrice, va au lavoir; anémique, jamais malade; gencives gonflées saignantes. Il y a quatre jours elle a éprouvé subitement un sentiment d'enflure à la joue gauche; il lui a été impossible de fermer l'œil gauche depuis; elle éprouve de la gêne, un embarras dans l'oreille : elle sent à peine un peu d'assourdissement de ce côté; mais l'autre oreille n'entend pas mieux : M. à 8 à 12 centimètres des deux côtés. M. bien perçue; a des plissements sur le front; pas de bourdonnement... Mais les cris de son bébé lui retentissent désagréablement dans l'oreille gauche; c'est presque douloureux au fond du conduit. Demi-opacité floconneuse du tympan lisse; pas de triangle lumineux; voussure anormale; pas de vaisseaux; pas de douleur sans les cris du bébé. Épreuve objective nulle;

otoscopie sans résultat le 25 mai. Ni douleur ni surdité; l'air pénètre facilement. Plus d'ouïe douloureuse; la paralysie va mieux, l'œil se ferme aux trois quarts. — Guérison le 20 juin.

OBSERVATION n° 5. — 1^{er} décembre 1880. — Demoiselle, couturière, 22 ans; enceinte. Douleur vive d'oreille après un refroidissement; embarras dans l'oreille droite; surdité relative; montre peu perçue sur le front de l'apophyse mastoïde, à droite, et à 5 centimètres pas d'air. Au cinquième jour de cette affection catarrhale relativement légère, paralysie faciale à droite complète (orbiculaire, etc.), mouvements du voile normaux. Tympan opaque mat, déprimé, mobile par le politzer; épreuve objective nette; léger souffle et claquement facile, sans grande amélioration; gargouillement léger. Pas d'audition douloureuse.

La paralysie guérit le quatrième mois; les oreilles sont normales depuis longtemps.

OBSERVATION n° 6. — H..., 62 ans. 11 janvier 1890. Service otologique de la clinique du docteur Charcot à la Salpêtrière. Après huit jours de souffrances atroces à la tête, à la nuque, jour et nuit; dans l'oreille par crises avec vertige, éblouissement; état d'ivresse continue; apparition d'une *paralysie faciale droite*, côté des douleurs (orbiculaire, etc.); peu de bourdonnements. Rien au voile. Cela date de deux mois: l'œil se ferme à demi, la figure grimace peu; il y a une grande amélioration. Surdité presque absolue; à droite hébétude; vertige continu. M. collée à droite? M. à gauche à 30 centimètres. D. V. central. Pressions centripètes positives à droite; réflexes binauriculaires nuls. Le politzer passé sans rien modifier. Pharyngite sub-œdémateuse intense. Tympan excavé, sombre, opaque; apophyse externe en bec; coiffée d'une demi-lune rouge sombre qui s'étend à la région murale. D. V. atténué par la contraction des peaussiers de la face et par celle des masticateurs. Réaction de dégénérescence signalée par Vigouroux en juillet. Guérison de la paralysie, persistance de la surdité et de l'état vertigineux et des bourdonnements.

OBSERVATION n° 7. — B. H..., 42 ans. 15 février 1890. Chaudronnier, déjà dur d'oreilles. Grippe fébrile depuis trois semaines; céphalalgie; mal de gorge; rhinite purulente; douleurs d'oreilles et de toute la face, plus la nuit; troubles de la vue, flammes, puis, soudain, vertige, chute; perte de connaissance qui a

duré deux jours; hébétude, tête lourde au réveil et *paralysie faciale droite* complète. Douleur frontale continue et état vertigineux avec faiblesse de la tête. Sourd à crier, marche bien, mais accompagné. D. V. à peine perçu à gauche. D/mastoïde = B., D/air = O., M = O, à droite; à gauche M = 20 centimètres. — Le politzer passe, et le sujet annonce que sa tête se dégage. Saillie du tympan droit, rouge sombre; manche indistinct; léger suintement en bas, où l'épiderme est soulevé. Paracentèse large et profonde du tympan. Le 28, mieux. Mouvements plus libres; tête moins lourde; la face ne grimace plus; l'œil se ferme aux deux tiers, D/air bien à droite. M. un peu perçue collée. Le politzer passe bien. Le 8 mars, face presque normale. Vigoureux a noté la réaction de dégénérescence. Son du D/air atténué par les contractions des masticateurs. — En avril la paralysie guérie. L'oreille reste très dure.

OBSERVATION n° 8. — H..., 1^{er} février 1890. Grippe intense; le huitième jour, céphalalgie, crises de douleurs otiques, plus la nuit, avec fièvre; et huit jours après *paralysie faciale gauche*. Continuation des douleurs dans la nuque, l'apophyse, la mâchoire inférieure, etc. A peine léger écoulement séro-sanguinolent de quelques heures. Aujourd'hui, troisième semaine de l'affection, huitième de la paralysie complète. M. collée à peine à gauche, M = O sur le crâne. Douleurs persistantes sans écoulement. Tympan gauche déprimé, rouge sombre; rien de distinct; battement à l'endoscope. Paracentèse du tympan gauche large, verticale, profonde. Issue de sang: soulagement rapide des douleurs. Le politzer siffle; un peu d'audition de la parole. Réaction de dégénérescence. Les premiers jours, l'audition du diapason Vertex n'était pas atténuée par la contraction des peaussiers de la face. Plus tard, à la fin de mars, la paralysie non guérie, ces synergies motrices sont excellentes.

OBSERVATION n° 9. — 1^{er} février 1890. Dame D... Il y a trois mois, coryza aigu, grippe; puis douleurs vives dans l'œil, qui rougit, et dans l'oreille, le long du maxillaire inférieur; dit ne pas avoir eu de la surdité. Elle répond bien. Bourdonnements au moment des crises névralgiques du côté droit et de la nuque, puis *paralysie faciale droite* complète. Depuis diminution des souffrances, puis retour de l'ouïe. M. = à 1 mètre et plus à droite et à gauche. D. Vertex perçu droit, D. V. et D. air atténués par les contractions des peaussiers de la face; effet plus intense, à

droite, a remarqué spontanément le malade. Légère hyperesthésie à droite et légère résonance des bruits forts.

OBSERVATION n° 10. — Dame L... 41 janvier 1890. Prise de douleurs vives, nuit et jour, sur le trajet des branches de la cinquième paire, il y a un mois, et quelques jours après de *paralysie faciale gauche*. Elle a l'ouïe excellente; ses oreilles n'offrent rien de saillant. D. V. perçu gauche. M. = à 35 centimètres à gauche et à 1 mètre et plus à droite. Réaction et dégénérescence; elle ne souffre plus; n'est pas revenue.

OBSERVATION 11. — H..., 34 ans. Il y a un an, fièvre, douleur violente dans la tête, l'oreille, la mâchoire, la nuque, nuit et jour, par crises; avec des battements, ronflements, des sonneries, asourdie et abattue, pendant huit jours; à ce moment *paralysie faciale droite*, complète (orbiculaire, etc.). Réaction de dégénérescence, par Vigouroux. — Aujourd'hui, audition revenue; M. = 65 centimètres à droite. Cependant il subsiste quelques traces de la paralysie; l'œil se ferme mal, mais ni vertige ni ouïe douloureuse.

OBSERVATION 12. — M^{me} M..., 33 ans, mariée, très migraineuse; à chaque période mensuelle, névralgie faciale gauche surtout. Il y a trois mois, prise sans cause (ni grippe ni angine) de *paralysie faciale gauche*, au réveil. — Deux jours auparavant, accès de migraine insolite comme intensité et du côté gauche. Réaction de dégénérescence par Vigouroux. Paralysie flasque; orbiculaire totalement inerte. Aujourd'hui audition de la montre à 60 centimètres à droite et à gauche. Mouvements du voile normaux, tympan normaux; trompes perméables; ni bourdonnement ni vertige. Je trouve un grave état catarrhal hypertrophique des fosses nasales, plus à gauche; le pharynx de ce côté est aussi plein et enflammé chroniquement. Pas d'audition douloureuse; troubles très accusés du goût du côté gauche de la bouche et de la langue, qui persistent encore.

OBSERVATION 13. — 7 janvier 1890. H..., jeune solat, 23 ans, vient consulter pour une surdité absolue de l'oreille gauche. Le 15 août 1886, en Tunisie, pris subitement de vertige à tomber, de bourdonnements d'oreilles, de surdité, avec de la lourdeur de tête et des douleurs dans la moitié de la face. Le 6 septembre, il entre à l'infirmerie comme sourd; le 16 septembre *paralysie faciale gauche*, accompagnée de douleurs atroces à la nuque,

dans l'apophyse mastoïde et dans la profondeur de l'oreille; souffrances inouïes pendant huit jours, sans suppuration de l'otite. La paralysie était guérie un mois après; mais pendant trois mois il a été tourmenté de bourdonnements, de vertiges continus à tomber. Son oreille est restée sourde depuis; le vertige a cessé. La droite est bonne. M. = 1 mètre à droite.; M. = 0 à gauche, D. V. perçu à droite. D/air à g = 0. D/mastoïde perçu à droite. D. V. perçu droit non mobilisé par l'occlusion de l'oreille gauche. Pressions centripètes position à droite; 0 à gauche. — Réflexes binauriculaires = 0, trompes perméables. Politzer passe sans améliorer rien; la raréfaction non plus. — Tympan gauche légèrement clair, translucide, mobile en totalité par le politzer.

OBSERVATION 14. — H. P..., 53 ans. 8 décembre 1888. Il y a 15 mois pris subitement de bourdonnements d'oreilles, sonneries de cloches, rivière qui coule, étourdissement pendant le jour à tomber. Assourdissement graduel de l'oreille droite; la gauche bonne. — Jamais de rhumatismes ni de syphilis. — Il y a quatre semaines, sans autre cause *paralysie faciale droite*. D. V. à peine senti. — D/air, bien à gauche, 0 à droite. Pas de douleurs sérieuses. — Paralysie complète; l'œil rougit; bouche tordue à gauche. Rien au voile du palais. — M. perception cranienne = 0. M. par l'air = 0; otoscopie = 0; rien, ni valsalva ni politzer ne sont possibles. Par le cathétérisme souffle sec, et M. perçu collée et sur le crâne aussitôt à droite. Pressions centripètes à droite négatives; Réflexes binauriculaires = 0. Réaction de dégénérescence. — Laryngite subœdémateuse latérale droite chronique. Tympan sec, opaque, excavé, sans triangle (clinique du professeur Charcot).

OBSERVATION 15. — Dame, 69 ans. 10 mars 1880. Rhinite habituelle. Cet hiver catarrhe aigu des premières voies, qui est en décroissance actuellement. Depuis trois semaines, sans douleur otique ni céphalique, *paralysie faciale gauche*; en dinant, la bouche se contourne à droite; mais aussi elle s'aperçoit qu'elle est sourde de ce côté depuis lors. M. = 0 à gauche, ni par l'air ni sur le crâne. M. à 2 centimètres à gauche. — M. à droite à 30 centimètres. L'oreille n'a jamais coulé. Paralysie flasque et contorsions extrêmes vers la droite. La malade ne peut ni siffler, ni mâcher, ni fermer l'œil. — Pas d'accès douloureux, ni bourdonnement. Tympan gauche opalescent, blanc floconneux;

surface lisse, rougeur de la membrane flaccide et le long du manche. Joue flasque. Epreuve objective = 0 à gauche. — 13 mars même état de l'hémiplégie; l'otite gauche en résolution. 20 mars politzer facile; M à 16 centimètres, et ascension nette à l'endoscope. Revue guérie trois mois après.

OBSERVATIONS 16. *Octobre 1888.* — Dame G..., mariée, quatre enfants, 36 ans, bien réglée. Il y a huit ans, douleurs névralgiques dans toute la moitié droite de la tête et de la face qui ont duré quatre mois, suivies d'une première attaque de paralysie faciale droite guérie en un mois. Cinq ans après, toujours d'août à octobre, tableau symptomatique identique, à droite encore, deuxième paralysie faciale droite guérie en un mois à peu près. Les douleurs s'accompagnent de vertiges qui l'obligent à garder le lit, et vomissements et nausées, et surdité complète du côté pris. Aggravation au moment des règles. Enfin, après un intervalle de 3 ans, elle est reprise à nouveau actuellement des mêmes troubles auditifs et faciaux; le début a coïncidé avec les règles, la *paralysie flasque complète* (orbiculaire, etc.). M. = à 25 centimètres à droite et à gauche; avec le politzer M. = à 18 centimètres. Relâchement du tympan, opaque, mobile, épais; vieilles otites scléreuses. Pressions positives à droite et à gauche avec extinction du son du diapason Vertex. Réflexes = 0. Vertige constant plus fort aux époques. — 15 *novembre*. Meilleure audition. — 14 *décembre*. Epreuve des pressions excellentes et réflexes revenus. Vertige disparu. M. = 35 centimètres; figure à peu près normale. — 25 *janvier*. Marche seule. Visage normal. Guérison.

OBSERVATION 17. 22 *août 1877.* — Dame, 68 ans, sourde depuis de longues années; depuis six à huit mois, la surdité progressait sans douleur, sans écoulement d'oreille. Depuis peu, à la suite de douleurs atroces nocturnes dans l'oreille, la tempe gauche, autour du pavillon, la figure subitement s'est contournée à droite; *paralysie faciale gauche* complète, flasque. Douleurs causant l'insomnie, qui l'épuise. Sensibilité de la face intacte, ouïe presque perdue. Rougeur vive de la portion susapophysaire du tympan et du mur; vaisseau le long du marteau. Incision du tympan; soulagement passager. Voile peu dévié, abaissé à gauche. Paralysie améliorée en janvier 1878. Surdité persistante.

OBSERVATION 18. 29 *décembre 1888.* — H..., 29 ans, gouteux, fils de gouteux, écrit son médecin, et gastralgique.

1^{er} janvier 1886. Premier vertige à tomber avec bourdonnement et nausées; un deuxième six mois après: le troisième en 1887 fut très violent; il faillit être jeté à terre. Hémicranie, douleur à la nuque et sur l'apophyse mastoïde, raideur du cou, vomissements; sifflet dans l'oreille pendant quatre jours; fièvre vive, céphalalgie, plaques d'*herpès zona* sur le pavillon droit; puis *paralysie faciale droite* complète (orbiculaire, etc.). Cette paralysie est guérie à peu près aujourd'hui; il y a un peu de rictus à droite, légère contracture. Aujourd'hui, bourdonnements, tintements à l'oreille droite, tête lourde et vertige facile; surdité à droite avec légère hyperacousie. Diapason Vertex central. Diapason Vertex mobilisable à droite ou à gauche suivant l'oreille close. Diapason par l'air plus intense que sur le Vertex. Diapason Vertex perçu par l'air à droite et à gauche. Pressions centripètes positives des deux côtés. Réflexes nuls des deux côtés; otoscopie = 0. Tympan n'offrant aucune trace visible des affections antécédentes, clair, translucide (vue de l'enclume), rétracté, non mobile. — 31 décembre. Le politzer passe, mobilité des osselets. M. à 25 centimètres au lieu de 12 à droite et à 65 à gauche; le réflexe biauriculaire est *encore nul* à droite, c'est-à-dire sans effet quand on fait la pression sur l'oreille gauche saine.

OBSERVATION, 19 avril 1880. — H..., 50 ans, rhumatisant, anosmique depuis longtemps après un coryza. Depuis cinq jours, mal de gorge, amygdalite droite, douleur à l'œil droit, le long de la mâchoire inférieure, sur l'apophyse mastoïde, et *paralysie faciale droite* complète (orbiculaire), réaction de dégénérescence; surdité, bourdonnement d'oreille; ni vertige, ni ouïe douloureuse. M. à droite = 0. — M. à g = 5 centimètres. Tympan plan, opaque, rouge en haut et sur le manche; partie inférieure pâle, triangle court et translucidité faible. Gros craquement par le valsalva; léger vertige au lever ce matin; pharyngite générale chronique à teinte cramoisie; voile normal; obstruction tubaire chronique à poussée nouvelle sur de vieilles lésions rhumatismales. Bouche sèche, et sensation obtuse du goût pour les acides et le sucre, pas pour les amers. La surdité persiste après guérison de la paralysie en six semaines.

OBSERVATION 20. 17 juin 1874. — H..., 51 ans, rhumatisant. A perdu l'oreille droite complètement à la suite d'une *paralysie faciale droite* complète, il y a vingt ans; il a conservé du vertige et du bourdonnement continuels depuis lors. M = 0.

Il vient se faire soigner pour une poussée nouvelle de douleurs et de bourdonnements et vertiges, qui lui font appréhender un retour de la paralysie depuis longtemps guérie.

OBSERVATION 21. 12 août. — Dame, 55 ans, arthritique encore réglée. Herpès aigu fébrile, en plaques sur le pilier gauche, sur le pavillon et la tempe gauche, véritable zona, extrêmement douloureux; douleurs otiques et suppuration abondante depuis douze jours. *Paralysie faciale gauche* complète avec bourdonnements, surdité et forts vertiges. Paralysie guérie en trois mois (électricité). La malade reste sourde et vertiginée.

OBSERVATION 22. 1^{er} février 1879. — H. . . , 30 ans, a eu, il y a onze ans, une otite suppurée à droite; l'oreille est restée assourdie depuis. Dernièrement, après excès et fatigues, fièvre, vives douleurs atroces dans la tête, otalgiques à droite, d'où il sort à peine quelques gouttes de pus; somnolence, hébétude; soigné pour une fièvre typhoïde! Puis abcès à la fesse droite, etc. Infection purulente sans doute. En même temps que les douleurs de l'oreille apparut une *paralysie faciale* qui a cessé en un mois à peu près; mais les troubles vertigineux, les douleurs et la surdité, la lourdeur de tête n'ont point cessé. (Non revenu.)

II

AUDITION ET PARALYSIE FACIALE INNERVATION DES MUSCLES TYMPANQUES

Par le Dr GELLÉ

(Lu au Congrès de Berlin, en août 1890.)

Dans un précédent travail, j'ai étudié les troubles de l'audition dans le cas de paralysie du nerf facial liée à l'otite moyenne; j'ai montré, d'après l'analyse des faits, que c'est à l'otite aiguë qui précède ou accompagne cette hémiplegie faciale qu'il faut rapporter pour la plus grande partie les phénomènes subjectifs observés, et que le rôle de la paraly-

sie dans leur genèse est très effacé, pour ne pas dire nul

Ces conclusions sont en opposition avec les idées reçues et l'enseignement classique; aussi ai-je cherché à les étayer de preuves diverses aussi démonstratives que possible.

J'ai constaté que les troubles auditifs se développaient et s'atténuaient ou s'aggravaient en concordance parfaite avec les phases et l'évolution de l'inflammation de l'oreille moyenne; que ces lésions fonctionnelles pouvaient totalement disparaître, l'otite guérie, la paralysie de la face au contraire persistant avec toute sa gravité.

Enfin de la comparaison des otites aiguës compliquées de paralysie faciale avec celles où cette complication manque, il résulte qu'on ne peut trouver aucun caractère, aucun signe différentiels; et que les otites à paralysie n'offrent rien dans leur symptomatologie qui leur soit spécial, et qu'on puisse attribuer à l'affection concomitante du nerf de la face.

Ces conclusions trouvent un appui sérieux dans l'observation suivante où la paralysie faciale est d'origine intra-crânienne, par suite indépendante de toute lésion otitique.

Je la résume rapidement, et je la fais suivre de considérations et d'épreuves relatives à l'étude de la fonction de l'ouïe. Aussi j'arrive à la démonstration juste de mon opinion, puisque j'opère en l'absence de toute lésion auriculaire.

OBSERVATION. — Le 10 mai 1890. — *Salpêtrière. Clinique des maladies du système nerveux* (Dr CHARCOT). — Service otologique (Dr GELLÉ).

Demoiselle D., 23 ans; elle a été prise il y a quatre mois de vomissements répétés, abondants, bilieux, avec céphalée vide, et des vertiges à tomber, qui l'ont forcée à garder le lit. Le huitième jour, au réveil, elle s'est aperçue de la paralysie de la face du côté droit et d'une hémiparésie légère et passagère à droite.

Dès le début de la paralysie, les troubles généraux cessent. A l'examen, on trouve une paralysie faciale droite complète flasque; sans trouble des fonctions du voile. L'hémiplégie a disparu totalement; mais on constate une paralysie du moteur oculaire externe du même côté, dont le début remonte à la même époque (quatre mois); intelligence nette.

Le diagnostic porte : lésion (tumeurs ou produits plastiques

au niveau de l'émergence du nerf facial et du nerf moteur oculaire externe.

EXAMEN DE L'APPAREIL ET DE LA FONCTION DE L'OUÏE
DU CÔTÉ DROIT.

Audition de la parole normale, à droite et à gauche.

Audition de la montre à plus d'un mètre des deux côtés (1^m,30 à gauche et 1^m,25 à droite).

Perception crânienne excellente.

Diapason vertex rapporté à droite.

Ce son, latéralisé à droite, est mobilisable à volonté vers le côté gauche par l'occlusion du méat gauche.

Les pressions centripètes sont positives à droite comme à gauche, que le diapason soit posé sur le vertex (étriers mobiles), ou sur le tube de caoutchouc de la poire à air (tympans mobiles et élastiques).

Réflexes de l'accommodation binauriculaire (mise en activité du tenseur droit ou gauche par la pression exercée sur l'organe opposé), épreuve négative à droite et à gauche, du côté sain comme du côté paralysé.

Trompes, largement perméables.

Mouvements synergiques des tenseurs liés aux contractions des muscles masticateurs, soit des muscles peaussiers de la face; épreuve positive, c'est-à-dire action normale sur le son du diapason vibrant en face de l'oreille droite; ce son est atténué à chaque effort: tenseurs actifs.

Mouvement des muscles moteurs de la chaîne des osselets (tenseur et stapédus) liés au *bâillement* soutenu, tout à fait normaux: le son du diapason aérien est atténué, et celui du diapason vertex ne l'est pas (normal). Le muscle de l'étrier fait donc équilibre au tenseur ici, comme s'il n'y avait pas une paralysie faciale droite.

Aucune hyperacousie; pas d'audition douloureuse. Pas de vertiges.

CONCLUSIONS. — Au milieu des faits qui indiquent une fonction auditive normale, se montrent quelques épreuves dont le résultat est absolument anormal; voyons s'il peut être rapporté à la lésion du facial.

1° Tout d'abord le son du diapason vertex est perçu par

l'oreille du côté paralysé; cela est dû sans doute à la tension exagérée du tympan droit, le muscle tenseur ayant une action prédominante, la parésie du facial n'ayant aucun effet sur sa tonicité, tandis que le stapédus est affaibli.

Au reste, cette latérisation est bien légère; car elle se déplace à volonté à l'opposé par l'occlusion de la bonne oreille.

2° Le muscle tenseur a conservé toute son énergie; il se contracte synergiquement avec les masticateurs et avec les muscles peaussiers de la face, et le son du diapason vertex est atténué à ce moment très franchement.

3° Cependant on a dû remarquer ce phénomène curieux: l'épreuve des réflexes binauriculaires est restée négative. Le muscle tenseur du côté paralysé n'a pas été mis en action (action démontrée par l'abaissement du son du diapason aérien), par les pressions exercées sur le tympan opposé, comme cela a lieu d'ordinaire sur l'oreille saine.

Ici, l'intégrité de l'organe est évidente, l'audition est excellente, le jeu des osselets, des étriers et des tympans (démontré par les pressions centripètes) est normal; la cause de l'inertie du tenseur doit être cherchée ailleurs que dans la caisse.

Mais je remarque que, en faisant l'épreuve des mouvements synergiques binauriculaires à l'inverse, c'est-à-dire si j'exerce la pression sur le tympan droit (côté paralysé), le diapason, sonnante en face de l'oreille gauche, le résultat est également nul; *ainsi de ce côté sain, le tenseur n'obéit pas non plus.*

La perte des réflexes d'accommodation binauriculaire est donc complète et bilatérale; mais du moment où l'oreille du côté sain est aussi inerte que celle du côté paralysé, au rapport du jeu des muscles tenseurs tympaniques, il faut chercher l'origine de cette interruption du courant réflexe en dehors des organes auditifs.

C'est donc au foyer réflexe même, lien central des actes moteurs bilatéraux d'accommodation, que l'on se trouve amené à localiser la cause de ce trouble fonctionnel des synergies binauriculaires.

La coexistence de la paralysie du muscle moteur oculaire

externe vient à l'appui de ces conclusions, et permet avec elles de préciser le point où siège la lésion qui entraîne la paralysie du nerf facial droit.

Sur des oreilles saines, cette absence de la provocation des mouvements réflexes physiologiques est d'autant plus intéressante à constater que la conservation de l'énergie motrice des muscles tenseurs est absolument démontrée par l'effet synergique de la mastication, de la déglutition, etc.

D'ailleurs, il ne faut pas oublier que leur action motrice est indépendante du facial; la suppression du réflexe indique donc un autre trouble fonctionnel du centre bulbaire, concomitant de ces paralysies du facial et du moteur oculaire externe.

4° Je dois signaler encore ce fait que le muscle de l'étrier (le stapédus) que l'épreuve du diapason vertex nous a montré affaibli (première conclusion) ne semble pas être en paralysie complète, bien que la paralysie faciale soit absolue. En effet, l'expérience suivante montre qu'il a conservé dans certaines conditions, toute son activité antagoniste de celle du tenseur.

Quand la malade exécute un bâillement énergique, on constate que le son du diapason placé en face de l'oreille droite est atténué net, tandis que le son du diapason placé sur le vertex ne change pas. Or, ceci est normal. Dans le bâillement, les deux muscles moteurs de la chaîne se contractent à la fois et d'une façon antagoniste; le tenseur produit donc l'affaiblissement du son aérien en tendant la cloison tympanique; mais à l'inverse de ce qui se produit quand il agit seul, comme dans les contractions des masticateurs ou des peaussiers de la face, on voit que, dans le bâillement, le son du diapason vertex n'est pas modifié. Or, ceci ne peut se produire que par l'arrêt formé par le stapédus à la propulsion de la base de l'étrier dans la fenêtre ovale; c'est donc là une bonne démonstration de l'activité du muscle de l'étrier.

Eh bien! chez notre malade, malgré la paralysie faciale droite, le bâillement ne modifiait en rien le son du diapason vertex.

Le stapédus fait donc alors équilibre au tenseur; malgré

l'hémiplégie faciale si accusée, sa motilité n'est pas éteinte; serait-ce qu'il reçoit d'ailleurs ses excitations? Je rapproche ce fait de l'intégrité évidente des mouvements du voile.

Dans le cas actuel, le siège central de la lésion laisse cette hypothèse admissible; et les anastomoses du facial et du glosso-pharyngien l'autorisent et l'expliquent peut-être, car j'ai vu ces actions antagonistes du stapédus persister dans la paralysie faciale otitique (*ab aure læsa*), c'est-à-dire celle qui est liée à l'otite moyenne aigue périostique; on sait qu'alors c'est à la compression du facial dans le canal osseux de Fallope qu'on rapporte sa paralysie d'origine intra-auriculaire.

5° Enfin je crois utile d'appeler l'attention sur le peu d'action de la paralysie simple du facial sur l'audition; l'ouïe est bonne, et aucun trouble subjectif n'est observé, ni bourdonnement, ni vertige, ni douleur; quand l'oreille est saine, il n'existe rien de tout cela.

Cependant si l'on en croit les auteurs spéciaux ou non, l'ouïe serait constamment altérée dans la paralysie faciale.

6° Non seulement il y aurait affaiblissement de la portée de l'ouïe, mais sous son influence, grâce aux parésies du stapédus consécutives, des troubles sérieux seraient notés, tel que le bourdonnement, et surtout l'hyperacousie de Landouzy, ou mieux l'ouïe douloureuse de Dechambre, l'hyperesthésie des auteurs.

Dans le cas d'hémiplégie faciale qui nous occupe, paralysie bien simple, dans laquelle aucune lésion auriculaire n'intervient, où tout par suite est précis, clair et facile à rapporter à sa cause, nous ne trouvons aucun trouble de l'audition d'aucune sorte.

Si nous rapprochons de ces faits ce que nous a appris la discussion précédente sur l'état de l'activité musculaire intratympanique dans l'hémiplégie faciale, tout s'explique.

D'autre part, il résulte de mes recherches cliniques que la production de l'ouïe douloureuse exige la réunion ou coïncidence de plusieurs conditions morbides, au milieu desquelles la paralysie faciale est la moins indispensable; car cette hyperacousie se rencontre très souvent sans elle.

L'inflammation otique violente ou profonde, l'hyperes-

thésie qui la suit, les névralgies et migraines qui l'annoncent, montrant la participation de l'acoustique au processus et ses souffrances, sont les conditions élémentaires de l'ouïe douloureuse, bien plus fréquente alors qu'elle n'est dans la paralysie faciale, quand la période otitique de celle-ci est passée.

L'ouïe douloureuse, comme les bourdonnements, les vertiges et la douleur otique, est liée à l'affection aiguë de l'oreille moyenne au milieu de laquelle la paralysie débute, et en est une suite non fréquente. Si les ligaments, si les membranes tympaniques ont subi de graves altérations, du relâchement consécutif au ramollissement inflammatoire, on comprend que l'action du tenseur soit alors nuisible, et cause de douloureux ébranlements nerveux, quand son activité est sollicitée par de fortes vibrations sonores (coup de pistolet de Landouzy).

Dans les conditions opposées, les mouvements imprimés à la chaîne des osselets par les contractions du tenseur sont limités toujours en dedans par le tendon du stapédus, et c'est ainsi que les excitations et les ébranlements du labyrinthe sont évités, quand il n'existe que de la paralysie faciale sans altération sérieuse des moyens de protection de l'oreille interne.

En résumé, dans un cas de paralysie bien limitée du nerf facial, on n'a pu observer aucun trouble de l'audition, aucun trouble de la fonction de transmission; l'activité des tenseurs est conservée. Mais l'épreuve des pressions centripètes dans l'accommodation binaurculaire est négative; les réflexes sont nuls; l'association des mouvements des deux organes est perdue. C'est le seul trouble fonctionnel constaté, et il n'a aucun rapport avec l'hémiplégie faciale; mais il montre que le centre réflexe bulbaire seul est atteint; la paralysie du moteur oculaire externe du même côté précise aussi ce siège de la lésion cause.

Le diagnostic posé est celui d'une lésion (tumeur, néoplasme, production plastique) à l'émergence du facial et du moteur oculaire externe, intéressant aussi le bulbe.

III

ROLE DES MICROBES DANS LE DÉVELOPPEMENT
ET L'ÉLIMINATION SPONTANÉE DE TROIS GROS
POLYPES SUS-GLOTTIQUES.

Par le Dr **Edouard BOINET**, professeur agrégé à la Faculté
de médecine de Montpellier, lauréat de l'Académie.

L'observation suivante est intéressante par la rareté clinique et par sa pathogénie. Les examens histologiques, faits par M. le professeur Kiener, montrent bien le rôle que certains micro-organismes ont joué dans le développement et dans l'élimination de ces polypes sus-gloTTiques.

1^{re} OBSERVATION CLINIQUE.

Antécédents. — Coste, 44 ans, cultivateur, sans antécédents héréditaires ou personnels, indemne de syphilis et de tuberculose, a toujours eu une excellente santé.

Histoire de la maladie. — Au mois de juin 1890, il ressent les premiers troubles laryngés. Il éprouve pendant plusieurs jours une gêne dans la déglutition des liquides et des solides. Le 20 juin, il est pris brusquement de troubles respiratoires ; il lui semble qu'un corps étranger obstrue à moitié la partie supérieure du larynx. L'inspiration est plus difficile que l'expiration.

Le 25 juin, la gêne de la déglutition est telle qu'un médecin pratique le cathétérisme œsophagien ; mais il néglige de faire l'examen laryngologique, et il envoie le malade à l'hôpital d'une ville voisine.

Le 27 juin, le malade a, pendant la nuit, des accès d'étouffement ; dès qu'il se lève, il respire mieux ; mais lorsqu'il se remet dans la position horizontale les mêmes phénomènes dyspnéiques se renouvellent.

La voix est nasonnée ; lorsque le malade essaye de déglutir, une certaine quantité du bol alimentaire passe par le nez.

Etat actuel. — Le 8 août, il est évacué sur l'hôpital suburbain de Montpellier, il est placé salle Combal, lit 26, dans le service de M. le doyen Castan, que nous avons l'honneur de suppléer. Le malade est toujours dans le même état; la gêne respiratoire persiste; la voix est rauque, enrouée, nasonnée; le malade se plaint d'une sensation de corps étranger au niveau de la partie supérieure du larynx, et il fait de nombreux efforts pour se débarrasser de la tumeur qui le gêne.

Trois jours après son entrée à l'hôpital, il réussit à expulser, après de violents efforts de toux, une tumeur grisâtre, légèrement villeuse, dure, élastique, du volume d'un marron. Les symptômes indiqués plus haut diminuent d'intensité; la déglutition est moins difficile, mais plus douloureuse; cette sensation pénible paraît tenir à l'ulcération qui existe au niveau du point d'insertion de la tumeur.

Les accès de suffocation ont disparu. La voix est moins rauque; elle est toujours nasonnée. Les ganglions ne sont pas engorgés; l'état général est bon.

Le 15 août, ce malade rejette un nouveau polype de la grosseur d'une grosse noisette.

Le 16 août, nous examinons ce malade au laryngoscope et nous constatons l'état suivant :

L'épiglotte présente sa forme normale, elle est congestionnée; la portion sus-glottique du larynx est en grande partie obturée par une masse gris sale, légèrement mamelonnée, adhérent au ligament aryéno-épiglottique gauche et cachant les cordes vocales. Pendant l'émission des notes élevées ou pendant les fortes inspirations, on voit une petite fente située entre les bords arrondis de la tumeur et les parois du larynx. Ce n'est que par cette fissure fort étroite que l'air peut passer.

Le 27 août, nous saisissons la tumeur avec des pinces à polypes; nous lui faisons exécuter quelques mouvements; elle cède légèrement sous l'influence de ces tractions; mais une légère hémorrhagie, qui vient de se produire au niveau du point d'application des pinces, nous fait cesser ces manœuvres.

Nous avertissons notre malade de la chute probable de cette dernière tumeur, soit à l'occasion d'un effort de toux, soit pendant un mouvement de déglutition. Deux heures après, le malade avalait sa tumeur en même temps qu'un morceau de pain.

L'examen laryngoscopique, pratiqué le lendemain, nous donne les résultats suivants : on ne voit plus de traces de tumeurs pa-

pillonneuses ; les cordes vocales apparaissent nettement, elles sont rouges, et au niveau du point d'implantation de la tumeur en dehors de l'épiglotte, qui est intacte, on trouve les vestiges de ce sillon d'élimination ; on observe une grande encoche ulcéreuse située au niveau du point d'insertion de la tumeur, sur le repli aryéno-épiglottique gauche. La voix a recouvré ses caractères normaux : la respiration et la déglutition ne sont plus altérées. Le malade sort le lendemain, complètement guéri.

2^e EXAMEN HISTOLOGIQUE FAIT PAR M. LE PROFESSEUR KIENER.

I.

Au premier aspect, on remarque que les coupes, traitées soit par le picro-carmin, soit par le carmin boraté, ont une coloration diffuse et laissent à peine voir quelques éléments cellulaires disséminés.

Leur surface externe, sur une épaisseur de un à deux millimètres, n'est pas colorée ; elle ne présente plus aucune trace de structure. On est en plein territoire de nécrose.

On ne distingue rien qui rappelle les couches épidermiques ; mais çà et là, on voit les lumières de quelques vaisseaux trombosés, indiquant que la nécrose a envahi le tissu conjonctif.

Le tissu, ayant conservé la vitalité, est de nature conjonctive et myxomateuse. On voit des orifices vasculaires assez régulièrement espacés et ayant pour parois un tissu conjonctif fibreux, condensé et pourvu d'un endothélium très peu apparent. De la tunique fibreuse des vaisseaux part un réticulum de fibres conjonctives, circonscrivant des mailles circulaires ou elliptiques, petites ou grandes, suivant les endroits. Ces mailles sont remplies d'un liquide incolore, au sein duquel on remarque, çà et là, quelques cellules migratrices isolées ou réunies en petits amas : d'autres points sont occupés par des globules sanguins, mais ces hémorrhagies sont très circonscrites.

On y rencontre en outre quelques grandes cellules à prolongements rameux. De pareilles cellules sont parfois placées sur le réticulum fibreux.

Tous les éléments cellulaires sont très rares et se colorent faiblement par les réactifs ; ce qui semble indiquer que l'ensemble du tissu n'avait qu'une faible vitalité.

Dans aucune coupe, on ne trouva la moindre trace de glandes.

Etat actuel. — Le 8 août, il est évacué sur l'hôpital suburbain de Montpellier, il est placé salle Combal, lit 26, dans le service de M. le doyen Castan, que nous avons l'honneur de suppléer. Le malade est toujours dans le même état; la gêne respiratoire persiste; la voix est rauque, enrôlée, nasonnée; le malade se plaint d'une sensation de corps étranger au niveau de la partie supérieure du larynx, et il fait de nombreux efforts pour se débarrasser de la tumeur qui le gêne.

Trois jours après son entrée à l'hôpital, il réussit à expulser, après de violents efforts de toux, une tumeur grisâtre, légèrement villeuse, dure, élastique, du volume d'un marron. Les symptômes indiqués plus haut diminuent d'intensité; la déglutition est moins difficile, mais plus douloureuse; cette sensation pénible paraît tenir à l'ulcération qui existe au niveau du point d'insertion de la tumeur.

Les accès de suffocation ont disparu. La voix est moins rauque; elle est toujours nasonnée. Les ganglions ne sont pas enorgés; l'état général est bon.

Le 15 août, ce malade rejette un nouveau polype de la grosseur d'une grosse noisette.

Le 16 août, nous examinons ce malade au laryngoscope et nous constatons l'état suivant :

L'épiglotte présente sa forme normale, elle est congestionnée; la portion sus-glottique du larynx est en grande partie obturée par une masse gris sale, légèrement mamelonnée, adhérent au ligament aryéno-épiglottique gauche et cachant les cordes vocales. Pendant l'émission des notes élevées ou pendant les fortes inspirations, on voit une petite fente située entre les bords arrondis de la tumeur et les parois du larynx. Ce n'est que par cette fissure fort étroite que l'air peut passer.

Le 27 août, nous saisissons la tumeur avec des pinces à polypes, nous lui faisons exécuter quelques mouvements; elle cède légèrement sous l'influence de ces tractions; mais une légère hémorrhagie, qui vient de se produire au niveau du point d'application des pinces, nous fait cesser ces manœuvres.

Nous avertissons notre malade de la chute probable de cette dernière tumeur, soit à l'occasion d'un effort de toux, soit pendant un mouvement de déglutition. Deux heures après, le malade avalait sa tumeur en même temps qu'un morceau de pain.

L'examen laryngoscopique, pratiqué le lendemain, nous donne les résultats suivants : on ne voit plus de traces de tumeurs pa-

pillomateuses; les cordes vocales apparaissent nettement, elles sont rouges, et au niveau du point d'implantation de la tumeur en dehors de l'épiglotte, qui est intacte, on trouve les vestiges de ce sillon d'élimination; on observe une grande encoche ulcéreuse située au niveau du point d'insertion de la tumeur, sur le repli aryéno-épiglottique gauche. La voix a recouvré ses caractères normaux: la respiration et la déglutition ne sont plus altérées. Le malade sort le lendemain, complètement guéri.

2° EXAMEN HISTOLOGIQUE FAIT PAR M. LE PROFESSEUR KIENER.

I.

Au premier aspect, on remarque que les coupes, traitées soit par le picro-carmin, soit par le carmin boraté, ont une coloration diffuse et laissent à peine voir quelques éléments cellulaires disséminés.

Leur surface externe, sur une épaisseur de un à deux millimètres, n'est pas colorée; elle ne présente plus aucune trace de structure. On est en plein territoire de nécrose.

On ne distingue rien qui rappelle les couches épidermiques; mais çà et là, on voit les lumières de quelques vaisseaux thrombosés, indiquant que la nécrose a envahi le tissu conjonctif.

Le tissu, ayant conservé la vitalité, est de nature conjonctive et myxomateuse. On voit des orifices vasculaires assez régulièrement espacés et ayant pour parois un tissu conjonctif fibreux, condensé et pourvu d'un endothélium très peu apparent. De la tunique fibreuse des vaisseaux part un réticulum de fibres conjonctives, circonscrivant des mailles circulaires ou elliptiques, petites ou grandes, suivant les endroits. Ces mailles sont remplies d'un liquide incolore, au sein duquel on remarque, çà et là, quelques collules migratrices isolées ou réunies en petits amas: d'autres points sont occupés par des globules sanguins, mais ces hémorragies sont très circonscrites.

On y rencontre en outre quelques grandes cellules à prolongements rameux. De pareilles cellules sont parfois placées sur le réticulum fibreux.

Tous les éléments cellulaires sont très rares et se colorent faiblement par les réactifs; ce qui semble indiquer que l'ensemble du tissu n'avait qu'une faible vitalité.

Dans aucune coupe, on ne trouva la moindre trace de glandes.

II.

Des préparations ont été faites pour la recherche des micro-organismes.

Les unes ont été colorées pendant trois minutes par la liqueur de gentiane à l'aniline; les autres ont été traitées soit par le procédé de Gram-Weigert, après une à deux minutes de séjour dans le bain colorant.

Les trois ordres de préparations ont donné des résultats absolument concordants.

On s'aperçoit immédiatement que la préparation est toute remplie de micro-organismes; ceux-ci sont surtout nombreux dans les parties nécrosées de la surface et dans la zone vivante immédiatement sous-jacente.

Dans cette zone, on peut reconnaître aisément trois espèces de micro-organismes :

1° Un bacille gros et très allongé, mesurant jusqu'à un dixième de millimètre. Quelques-uns de ces bacilles sont colorés d'une manière uniforme, continue, tandis que la plupart montrent un chapelet de granulations sombres dans un stroma très faiblement coloré. Ce bacille forme un feutrage plus ou moins serré dans différents points de la région susdite.

2° Un bacille plus grêle, ne montrant aucun indice de sporulation, disséminé çà et là, au milieu des autres éléments, sans se réunir en amas.

3° Un microcoque de petites dimensions, très abondant, formant sur quelques points de vastes agglomérations : sur les confins de ces amas, ces microcoques sont généralement isolés, quelquefois réunis deux à deux ou en petits groupes.

Dans le centre de la tumeur, les micro-organismes sont moins abondants; mais ils sont encore en nombre considérable.

Dans certains endroits, on les voit, à un assez faible grossissement, sous forme de placards irréguliers ou arrondis, assez voisins les uns des autres. Sur d'autres points, ils sont épars, et on ne peut les apercevoir qu'avec un fort grossissement; mais nulle part ils ne font défaut.

Ces micro-organismes appartiennent aux deux dernières des espèces décrites plus haut. Le bacille gros et long manque.

Le plus ordinairement, les micro-organismes sont libres dans ces tissus. Parmi les rares éléments cellulaires qui entrent dans

la composition de ces polypes, il n'en est qu'un petit nombre qui renferment des micro-organismes.

Dans la lumière de quelques vaisseaux sanguins, on rencontre un assez grand nombre de micro-organismes; la plupart sont incorporés dans les leucocytes.

L'examen histologique précédent rend compte de quelques particularités intéressantes de ces polypes myxomateux sus-glottiques.

Réflexions. — 1° L'élimination spontanée de ces trois polypes sus-glottiques est un fait assez exceptionnel.

Ainsi Schwartz (*Tumeurs du larynx. Thèse d'agrégation, 1886*) n'a pu réunir que quelques cas d'expulsion spontanée de ces polypes. Pauli (*Gazette médicale de Paris, 1856*) rapporte qu'un polype vasculaire, long d'un demi-doigt, a été rendu dans des efforts de toux. Murray Dobie (*Monthly Journal of medical science, octobre 1853*) a constaté la disparition d'une tumeur pédiculée, grosse comme une cerise, insérée dans le bord droit de l'épiglotte et la présence d'une cicatrice au point d'implantation.

2° L'absence de récurrence de ces polypes mérite encore d'être signalée. On sait, en effet, que ces tumeurs du larynx ont habituellement une certaine tendance à repulluler.

3° Les examens histologiques expliquent ces deux particularités cliniques précédentes que l'on observe si rarement.

Nous avons vu que le *bacille long et gros* formait une sorte de feutrage strictement limité à cette étroite zone de nécrose superficielle, qui constituait les parois du sillon d'élimination. Peut-être ce bacille n'est-il qu'un épiphyte? Peut-être est-il doué d'une action nécrosique, favorisée par la faible vitalité de ce tissu myxomateux. Cette dernière influence paraît d'autant plus vraisemblable que le bacille long est cantonné dans les couches superficielles en voie de sphacèle. Ce rôle nécrosique est encore de nature à expliquer l'absence des proliférations au niveau des points d'implantation de ces polypes; mais la preuve directe nous manque; car nous n'avons fait ni cultures, ni inoculations de ce bacille saprogène, provenant sans doute de la cavité buccale.

4° Enfin le tissu myxomateux de ces tumeurs contenait jusque dans ses parties les plus profondes des *microcoques* et des *bâtonnets courts*. La dissémination de ces microbes exclut l'idée d'une infiltration secondaire, d'une invasion après coup. Le développement parallèle, la connexion intime qui existait entre ce tissu myxomateux et ces derniers micro-organismes font présumer leur action pathogène : il paraît probable que ces microcoques et ces bâtonnets courts jouent un certain rôle dans l'extension rapide et dans la multiplicité de ces polypes sus-glottiques.

5° Ces microbes n'ont exercé qu'une influence pathogénique locale. Malgré leur présence dans le sang des vaisseaux de ces tumeurs, ils n'ont cependant pas produit d'infection générale; il est donc logique d'admettre que ces microbes, qui, pour la plupart, se trouvaient dans les leucocytes ont été détruits par la phagocytose.

En résumé, ces polypes sus-glottiques renfermaient des microbes doués de propriétés contraires : les uns (microcoques, bacilles courts) paraissent liés au développement de ce tissu myxomateux, les autres (bacille long) sont en rapport avec l'ulcération nécrosique, qui a creusé ce sillon d'élimination permettant l'expulsion spontanée, sans récidence, de ces trois volumineux polypes sus-glottiques.

BIBLIOGRAPHIE.

Examen du nez et du pharynx chez 2238 enfants des écoles (*Schuluntersuchungen des kindlichen Nasen und Rachenraumes an 2238 Kindern*); par R. KAFEMANN, de Königsberg (*A.W. Kafemann, éditeur, Dantzig, 1890*).

L'auteur a eu pour but de recueillir dans les écoles primaires des données statistiques sur le rapport déjà souvent remarqué entre l'état du nez et de l'amygdale pharyngée et l'aproxésie nasale (incapacité de fixer l'attention ou, ce qui revient au même,

inaptitude au travail scolaire). *A priori*, l'influence fâcheuse de l'hypertrophie amygdalienne sur tout l'organisme et l'intelligence s'explique aisément, parce que les végétations adénoïdes du nasopharynx occasionnent une gêne respiratoire en rapport avec leur hypertrophie, et que, d'autre part, l'ouïe est plus ou moins gravement compromise, comme l'ont montré Bézold, Meyer, Blake, etc. Aussi l'enfant, épuisé par les efforts qu'il fait pour respirer la bouche toujours ouverte et pour écouter, n'arrive-t-il plus à fixer son attention sur un sujet d'étude; il devient indolent, ne lutte plus contre l'apathie et l'hébétéude qui l'envahissent; plus d'un écolier ainsi arriéré est considéré par tout le monde comme faible d'esprit, tandis que la cause de cet état reconnue et facilement éloignée peut lui rendre la santé et l'intelligence, fait sur lequel il serait urgent d'attirer l'attention des parents et avant tout des maîtres.

Le Dr Kafemann a examiné 2238 enfants de 6 à 14 ans, mais la rhinoscopie postérieure n'a pu être faite dans 195 cas.

I. — 1,100 garçons se répartissent ainsi : 592 fois (65,4 0/0). L'amygdale pharyngienne ne déborde pas les arcades choanales, et peut être considérée comme normale; dans le nombre, beaucoup d'enfants de 6 ans.

180 cas. — L'arcade choanale est recouverte dans une étendue minime, ce qui ne peut gêner la respiration, mais doit déjà attirer l'attention sur la trompe et la caisse du tympan.

47 cas. — Un segment plus considérable de l'une ou des deux arcades choanales est masqué. Cet état, déjà certainement pathologique, n'est pas encore considéré comme hypertrophie vraie.

86 cas (7,8 0/0). — Hypertrophie incontestable de l'amygdale pharyngienne qui recouvre le tiers supérieur, la moitié, quelquefois les deux tiers du septum. Statistique suivant l'âge :

	6 ans				7	8
9	10	11	12	13	14	
7	14	9	6	6	4	

Sur ce nombre de 86, l'auteur trouva dans 74 0/0 des cas l'ouïe plus ou moins affaiblie et la membrane du tympan malade. 12 autres enfants étaient hors d'état de suivre l'enseignement; il faut cependant remarquer que 5 enfants atteints d'hypertrophie considérable étaient intelligents et studieux, tandis que 6 arriérés avaient le pharynx normal; quelques-uns pouvaient toutefois être affectés d'aproxexie purement nasale et non pharyngée. 10 garçons étaient bégues, bégayement oral de Bloch lié à la respiration buccale.

II. — 1,102 filles. 117 (10,6 0/0) hypertrophies de l'amygdale pharyngée, et sur ce nombre, 29 enfants, par conséquent un quart, étaient sérieusement arriérées; la plupart entendaient très mal, beaucoup avaient doublé ou triplé leur classe.

Pour ce qui est de la forme des tumeurs adénoïdes, l'auteur a rencontré exclusivement l'hyperplasie symétrique, hémisphérique, sauf quelques cas de régression où l'une des choanes était déjà découverte dans une étendue plus grande que l'autre.

L'auteur a porté également son attention sur l'état des amygdales proprement dites et les a trouvées hypertrophiées 281 fois; dans 22,4 0/0 de ces cas, il y avait simultanément hypertrophie des trois amygdales. Plus fréquente encore que l'hypertrophie des amygdales proprement dites était celle du tissu adénoïde du pharynx buccal; la muqueuse était granuleuse dans 400 cas, dont 78 à un degré excessif; chez 24 enfants, le siège de prédilection des granulations étaient les replis tubo-pharyngés.

L'examen des fosses nasales chez ce grand nombre d'enfants donna des résultats intéressants au point de vue de la fréquence des différentes affections et malformations du nez, toujours plus fréquentes, et de beaucoup, chez les garçons que chez les filles. La cloison cartilagineuse présentait dans 191 cas des épines, des excroissances associées ou non à un certain degré de déviation. La déviation notable de la cloison cartilagineuse a été rencontrée 84 fois chez les garçons, 50 fois chez les filles; la déviation des cloisons cartilagineuse et osseuse 161 et 128 fois. Jamais cependant l'auteur n'a trouvé d'inégalité des deux choanes qui accompagneraient la déviation, suivant Schanz, pas plus d'ailleurs qu'il n'a pu trouver de différence entre les deux crifices sur de nombreux crânes examinés à cet effet. Enfin, l'hypertrophie de la muqueuse nasale est fréquente (68 fois chez les garçons) et affecte de préférence le cornet inférieur dans sa portion antérieure. Tout en n'ayant pas la gravité des obstructions postérieures, par l'amygdale pharyngienne, les rétrécissements antérieurs par hypertrophie de la muqueuse, déviation de la cloison, saillies cartilagineuses, apportent un obstacle à la respiration nasale, et sont de ce fait justiciables d'une intervention chirurgicale.

M. W.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Contribution à l'étude histologique des cordes vocales,
par A.-A. KANTHACK. *Virchow's Archiv*. Bd. CXVII, Heft 3.

Réponse à l'auteur précédent, par B. FRÄNKEL. *Virchow's Archiv*, Bd CXVIII, p. 370.

Id. *Lodem loco*, par A.-A. KANTHACK, p. 376.

Lod. loc., par B. FRÄNKEL, p. 381.

D'après KAYSER et B. BAGINSKI, in *Centralblt. f. klin. medicin*,
n° 10, 8 mars 1890, p. 181-182.

Kanthack, se basant sur l'examen d'un certain nombre de larynx frais, conclut avec Luschka, contrairement à B. Fränkel, que les cordes vocales ne contiennent pas de glandes. Il faut ajouter immédiatement que pour Kanthack, les véritables cordes vocales, dans le véritable sens anatomique et clinique du mot, sont uniquement le ligament thyro-aryténoïdien qui s'étend du processus vocal, où il s'insère par l'intermédiaire d'un cartilage sesamoïde, jusqu'au cartilage sésamoïde par lequel se fait son insertion au cartilage thyroïde. Il a une largeur et une épaisseur de 1 à 2 millimètres seulement. Dans la corde vocale ainsi définie, il n'existe ni glandes ni conduits glandulaires. Le court segment retiré entre le cartilage sésamoïde antérieur et le cartilage thyroïde qui, au point de vue du développement n'appartient pas à la corde vocale, renferme souvent des glandes, ainsi que d'ailleurs toute la région de la commissure antérieure. De même, il en existe aussi en arrière et en bas des cordes, et aussi dans le voisinage même de la corde, entre les faisceaux musculaires et le tissu élastique. L'épithélium pavimenteux, qui, en haut, ne dépasse pas normalement la corde vocale, peut s'étendre en bas jusqu'au cricoïde. Il semble n'y avoir pas à ce niveau de membrane basilaire. Les papilles y sont rares, et n'existent normalement que dans la partie inférieure de la corde. Il ne faut pas confondre avec les papilles certaines irrégularités de la muqueuse. Les papilles deviennent très nombreuses dans certains états chroniques. La sous-muqueuse est ici excessivement mince. Les faisceaux du muscle thyro-aryté-

noidien ne semblent pas s'insérer au ligament vocal et paraissent s'étendre ininterrompus d'une extrémité à l'autre.

La réponse de Fränkel porte sur la définition de la corde vocale donnée par Kanthack, d'où dérive la différence des résultats de leurs recherches microscopiques. Pour Fränkel, les cordes sont des organes prismatiques à base formée par le muscle thyro-aryténoïdien, et à sommet libre formé par le ligament du même nom. Fränkel n'a pas vu non plus de glandes dans la région visée par Kanthack. Les deux autres réponses constituent une polémique de mots plus que de faits; il n'y a rien d'important à signaler.

P. TISSIER.

Études sur l'histologie de la muqueuse du larynx. La muqueuse chez le fœtus, par A.-A. KANTHACK. *Virchow's Archiv*, Bd CXVIII, 1889. *Berl. klin. Woch.*, n° 6, p. 145, 10 février 1890

Chez le fœtus, la muqueuse est entièrement tapissée d'épithélium à cils vibratils, à l'exception des vraies cordes, qui possèdent un épithélium pavimenteux. L'épithélium à cils vibratils recouvre toute la surface laryngée de l'épiglotte, les parois latérales et postérieure du larynx et s'étend jusqu'au sinus pyriforme et à la paroi antérieure du pharynx jusqu'à la hauteur des aryténoïdes. La partie inférieure du pharynx est complètement revêtue d'épithélium pavimenteux. Ce dernier recouvre les cordes vocales dans toute leur étendue. En deçà des processus vocaux et du cartilage sésamoïde qui unit l'extrémité antérieure des cordes au cartilage thyroïde, c'est-à-dire les commissures postérieure et antérieure ont leur épithélium cylindrique.

Il n'existe pas de papilles sur les cordes vocales, ni de membrane basilaire, ni de glandes.

Les glandes sont nombreuses ailleurs. On peut en distinguer 6 groupes : un épiglottique, deux aryépiglottiques, deux ventriculaires, un aryténoïdien.

P. TISSIER.

Epithélium et glandes du larynx chez l'homme sain et malade, par R. HEYMANN. (*Virchow's Archiv*. Bd CXVIII, Heft 2. *Centrbl. f. klin. med.*, n° 17, 26 avril 1890.)

Heymann a fait porter ses examens sur 12 larynx sains. L'épithélium pavimenteux du pharynx déborde légèrement le larynx, ainsi que l'ont noté déjà certains auteurs, sur une étendue variable. Le maximum est ordinairement au niveau de la partie supérieure de l'épiglotte, d'où la zone à épithélium

pavimenteux va en se rétrécissant à mesure que l'on descend le long des replis ary-épiglottiques. A côté de cette zone marginale se trouve une zone intermédiaire où existent encore quelques îlots d'épithélium pavimenteux, dans laquelle les deux formes d'épithélium pavimenteux et cylindrique semblent entrer en lutte. L'épithélium pavimenteux recouvre encore les cordes vocales, quelquefois le bord des bandes ventriculaires, où il forme une étroite bande, et l'espace interaryténoidien, suivant les données classiques. Pour expliquer cette association des deux variétés d'épithélium, l'auteur rappelle le développement du larynx, aux dépens de l'intestin antérieur et des 3^e et 4^e arcs branchiaux. Voici la structure de l'épithélium pavimenteux. Sur la partie antérieure de l'épiglotte, sur le choroïde muni de papilles, se voit une couche de petites cellules cylindriques basses, en palissade, puis plusieurs couches de cellules arrondies irrégulières, puis plusieurs de cellules de plus en plus aplaties.

Sur les cordes vocales, pas de papilles, la couche de cellules aplaties est plus mince. Sur le bord libre le revêtement épithélial est très mince. Sa couche moyenne disparaît totalement.

L'épithélium du larynx contient de nombreux leucocytes à ses divers étages.

Heymann a vu deux fois des acini glandulaires au niveau des processus vocaux, à la partie postérieure des cordes. Leurs conduits excréteurs ont un épithélium à cils vibratils et présentent souvent une ampoule préostiale.

Dans la tuberculose, l'épithélium à cils vibratils ne persiste que dans plusieurs points (sinus de Morgagni). Ailleurs, il se montre de l'épithélium pavimenteux ou de transition (Henle). Sur le bord libre des cordes et sur la paroi postérieure du larynx, il acquiert une épaisseur considérable. En outre, il se forme de nombreuses papilles. Les conduits excréteurs des glandes sont dilatés. Les nouvelles papilles, résultat de la dilatation des vaisseaux, produisent l'état velvétique de l'épithélium.

P. TISSIER.

Instrument pour l'ablation des tumeurs sous-glottiques, par J. SCHEINMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 3, p. 51, 20 janvier 1890.)

Cet instrument est une pince articulée dont l'extrémité est coudée latéralement à angle obtus vers la droite de l'instrument. La partie coudée, longue de 4 millimètres, est formée de

deux branches excavées, à bords coupants, l'une fixe et l'autre mobile. A l'aide de cette pince, on enlève facilement les tumeurs sous-glottiques. Elle peut servir aussi dans les autres cas, notamment pour les nodules des chanteurs. Elle permet seule l'ablation totale (condition expresse de non récidive) de toutes les tumeurs dans les cas de papillomes récidivant. P. TISSIER.

Résection partielle d'un larynx cancéreux, par MIKULICZ.

(*Berlin. klin. Woch.*, n° 40, p. 236, 10 mars 1890.)

Le début remontait à plusieurs mois : enrouement d'abord, puis accès de suffocation. Michelson diagnostiqua au laryngoscope : tumeur cancéreuse siégeant sur la corde vocale, de coloration rouge clair, à surface mamelonnée. La tumeur semblait plus petite qu'elle ne l'était en réalité. Résection de tout le côté droit avec la demi-correspondante du cartilage thyroïde ; on ne toucha pas à l'épiglotte. Guérison rapide. Le malade respire sans canule et parle intelligiblement, quoique d'une voix enrouée. Il s'agissait d'un carcinome (Hildebrandt) à l'examen histologique. P. TISSIER.

Un cas de la forme lisse de la pachydermie laryngée,

par MICHELSON. (*Berl. klin. Woch.*, p. 238, n° 40, 10 mars 1890.)

Sujet de 44 ans, enroué depuis longtemps. Tumeurs symétriques au voisinage des processus vocaux. Dépression médiane et zone périphérique hyperémie, surélevée.

Comme Fränkel, Michelson s'étonne que cet état si fréquent et si caractéristique ait pu échapper aux laryngologistes, malgré l'emploi du miroir, appliqué depuis 30 ans, et que ce soit un anatomiste qui ait appelé l'attention sur ce point. P. TISSIER.

Laryngite hémorrhagique, par L. RÉTHI. (Wien. 1889, Berl. klin.

Woch., n° 6, p. 435, 10 février 1890.)

L'auteur pense que les hémorrhagies libres ou interstitielles qui se produisent dans certaines laryngites sont un élément symptomatique intéressant à ajouter à l'histoire des laryngites, mais ne peuvent en rien justifier la création d'une nouvelle entité nosologique, la laryngite hémorrhagique. Les hémorrhagies par rupture ou par diapédèse sont liées à une modification de la paroi vasculaire sous l'action du processus catarrhal. Les autres caractères donnés comme caractérisant plus particulièrement la laryngite hémorrhagique : intégrité de la muqueuse, longue durée

du processus, tendance aux récidives, ne sont pas suffisants pour justifier l'existence à part de la laryngite hémorrhagique. P. T.

Sténose laryngée consécutive à la trachéotomie, chez un enfant de 7 ans, traitée par le cathétérisme ascendant, par THOST (*Soc. méd. de Hambourg, Münch. med. Woch.*, 8 juillet 1890).

La sténose se montra à la suite de la trachéotomie pratiquée pour la diphthérie datant de deux ans. Plusieurs chirurgiens avaient tenté inutilement d'y remédier. Thost remplaça la canule trachéale trop étroite par une canule plus volumineuse, et dilata la sténose avec des bougies coniques de gomme à tige coudée à angle droit, introduites de bas en haut; puis il laissa à demeure des bougies métalliques à tige mobile. P. T.

Cancer du larynx. Extirpation partielle du larynx, par SOGIN, de Bâle (*in Progrès medical*, 29 mars 1890).

Homme de 60 ans, chez lequel la tumeur ulcérée avait envahi la corde droite et la région sous-glottique. Trachéotomie préalable, puis application de la canule-tampon et héli-section du larynx. L'opération fut pratiquée en décembre; la guérison survient sans encombre en janvier, et le malade quitte l'hôpital en février. Depuis la voix est revenue suffisamment et la guérison s'est maintenue. A. G.

Contribution à l'étude de la localisation corticale du centre de la voix chez l'homme, par M. J. ROSSBACH. (*Deutsches Archiv. für klinische Medizin*, Band XLVI, Heft 2.)

Nous résumerons brièvement le cas nouveau apporté par Rossbach. Il s'agit d'une femme âgée de 56 ans, ayant eu dans sa jeunesse diverses maladies infectieuses, la variole entre autres, et ayant souffert ensuite pendant des années de céphalalgie. Il y a 10 ans, perte de connaissance, sans autre suite. Il y a 4 ans, bourdonnements d'oreille, à gauche; depuis la fin de décembre, douleurs persistantes dans le bras et la jambe gauches. Enfin, depuis cinq semaines est apparue une paralysie progressive des quatre membres avec tuméfaction de la face dorsale des mains.

A l'entrée à l'hôpital (12 octobre 1887) on trouve une paralysie à peu près totale des quatre membres. Le bras droit et la jambe gauche sont un peu moins atteints. Paralysie faciale gauche, paralysie de la moitié gauche de la langue avec atrophie et tremblement fibrillaire, difficulté de la déglutition, parole lente et difficile, et paralysie totale (position cadavérique) de la corde vocale gauche. Les réflexes rotuliens sont exagérés. In-

continence d'urine, anesthésie des membres et du tronc. Température normale. Pouls et respiration légèrement accélérés. L'excitabilité faradique et galvanique des muscles paralysés est conservée. Œdème des deux mains. L'état de la malade s'aggrave rapidement. Il survient des accidents de décubitus, une paralysie totale de la vessie; l'anesthésie devient totale. Tachycardie, broncho-pneumonie. Mort le 2 novembre 1887. On avait porté le diagnostic. Vieille lésion encéphalique, d'origine embolique de côté droit et myélite cervico-dorsale. Autopsie. Dans la moelle, à la hauteur des 5^e-7^e paires cervicales, tumeur de la grosseur d'une fève, gris-rougeâtre, siégeant sur le cordon antérieur gauche. Ramollissement de la portion correspondante de la moelle, etc., etc. Dans le cerveau, sclérose et coloration jaunâtre de l'insula à droite s'étendant sur l'opercule et la partie inférieure des deux circonvolutions centrales (frontale et pariétale ascendantes) et la partie inférieure du lobule pariétal inférieur.

A gauche, agrandissement du ventricule latéral, adhérences circonscrite du noyau caudé avec le toit du prolongement du ventricule latéral.

Les deux nerfs vagues, les cordes vocales et leurs muscles examinés au microscope ne présentèrent aucune lésion.

Voici comment Roszbach interprète son observation. La paralysie des membres s'explique par la tumeur de la moelle. La paralysie de l'hypoglosse par la dégénérescence constatée au microscope de son noyau bulbaire.

La paralysie faciale gauche dépend des lésions du manteau. De même la paralysie de la corde vocale est d'origine corticale, des quatre points lésés: 1^o l'insula; 2^o la partie supérieure de l'opercule; 3^o la partie inférieure des circonvolutions motrices; 4^o la partie inférieure du lobule pariétal inférieur. Il faut surtout, d'après Roszbach, tenir compte de l'insula et de la partie inférieure du lobule pariétal inférieur. *Il pense que l'insula est le siège des mouvements volontaires de la corde vocale du côté opposé.*

Kayser, auquel nous empruntons une partie de cette analyse (*Centrbl. f. klin. Med.*, n° 38, 1890), fait remarquer que, d'après le texte, on ne peut savoir si les noyaux bulbaires du facial et du spinal ont été examinés au microscope, et si cet examen a donné un résultat négatif. Néanmoins cette donnée, quoique non spécifiée d'une façon explicite, nous a bien paru ressortir de la lecture du mémoire de Roszbach.

Mais de pareilles observations ne sauraient trancher une question aussi délicate que celle de la localisation d'un centre dans le manteau.

Les conditions nécessaires indiquées depuis longtemps par M. le professeur Charcot, pour qu'un fait puisse servir à fixer un point de la topographie corticale, sont loin d'être remplies ici (1).

Cela n'enlève rien de l'intérêt qui s'attache au cas de Rossbach; mais il faut reconnaître qu'après comme avant, *adhuc sub judice lis est*.

P. T.

Sur l'innervation centrale du larynx, par H. KRAUSE. **Réponse à l'article précédent**, par SEMON et HORSLEY. **Nouvelle réponse de KRAUSE et de SEMON et HORSLEY.** (*Berlin. klin. Woch.*, 17 février 1890.)

Krause se plaint de ce que Semon et Horsley, dans un court travail paru à ce sujet dans le *British med. Journ.*, il ne soit pas fait mention de ses recherches, dont les conclusions étaient presque identiques à celles des auteurs anglais. Ceux-ci répondent qu'il s'agit simplement d'une communication préliminaire, que, dans le travail d'ensemble qu'ils doivent publier, ils n'oublieront pas leurs devanciers, à commencer par Ferrier et Duret, et donnent à l'occasion la traduction allemande de leur mémoire pour bien montrer ce qu'il y a de nouveau dans leurs résultats. Le point qu'ils mettent surtout en lumière, et certes le plus intéressant, est la démonstration de la dualité des mouvements au point de vue de leur représentation centrale, le centre cortical qui préside aux mouvements d'adduction des cordes, c'est-à-dire à la phonation, et le centre bulbaire qui tient sous sa dépendance les mouvements automatiques de la voie organique, en particulier ceux d'abduction des cordes (inspiration).

P. TISSIER.

Oblitération congénitale des choanes. Traitement opératoire, par A. SCHWENDT. (*Correspondenz Blatt. per schw. Aerzte*, n° 7, p. 217, 1^{er} avril 1890.)

Après quelques considérations tératologiques, particulièrement sur les cébocéphales, l'auteur relate les cas publiés (23)

(1) Parlant des cas où existent, comme dans l'observation actuelle, des foyers multiples, Nothnagel déclare « qu'il est préférable de ne tirer de conclusions de semblables faits que le plus rarement possible, et que le mieux est de ne pas s'en servir ». Tout commentaire serait superflu.

et en rapporte un nouveau. Dans ces observations, il n'existait en général que de légères malformations sur le reste de l'organisme, ou même les recherches étaient tout à fait bien conformes. L'oblitération est réalisée par une membrane déformée variable ordinairement osseuse; ce n'est que chez les enfants ayant vécu quelques jours seulement qu'elle est membraneuse. L'oblitération des choanes produit la même gêne de la respiration et de la voix que les tumeurs adénoïdes. Le palais osseux est très concave et raccourci. Légère saillie des yeux. Odorat plus ou moins complètement aboli. Succion impossible chez les nouveau-nés.

L'opération se fera au galvano-cautère d'arrière en avant; cathétérisme.

L'odorat revient rarement.

P. TISSIER.

Phénomènes réactionnels à la suite des opérations nasales,
par L. TREITEL, (*Berliner klin. Woch.*, n° 16, p. 359, 21 avril,
et n° 17, p. 393, 28 avril 1890.)

Michel, Schech et Hack déclarent n'avoir pas observé l'érysipèle à la suite des affections sur le nez, quoique l'érysipèle prenne si souvent naissance dans le nez. Voltolini, et surtout Hack, à la suite des opérations d'empyème de l'antra d'Higmore, ont signalé au contraire cette complication.

Comme autres complications, Voltolini signale la méningite (extraction de polypes), et surtout l'otite moyenne. Schneider a observé des symptômes de pyohémie.

Les manifestations nerveuses sont autrement plus fréquentes (asthme, névralgies, notamment dans le domaine du trijumeau, tuméfaction des jointures des doigts, etc.), ainsi que l'ont montré les cas de Hack, d'Aronsohn, de Semon (maladie de Basedow, provoquée par une opération nasale). C'est la contrepartie des accidents réflexes guéris par les opérations nasales, et les deux séries sont presque aussi riches l'une que l'autre.

Treitel, à la clinique de Fränkel, n'a vu ni la pyémie, ni l'érysipèle, rarement des suppurations locales, souvent une forte réaction congestive, diffuse. La faiblesse, la perte de l'appétit, la céphalée, un léger mouvement fébrile se voient assez fréquemment. Cela tient à la gêne de la respiration nasale, à l'écoulement de sécrétions séreuses dans le pharynx.

L'angine lacunaire est très fréquente. Elle ne paraît pas avoir été signalée jusqu'ici. Elle se montre quel qu'ait été le point du

nez sur lequel ait porté l'opération, mais surtout à la suite de cautérisations des extrémités antérieures et postérieures des cornets inférieurs, plus rarement après celle de la cloison et exceptionnellement après celle des cornets inférieurs et l'ablation de polypes.

Il se montre d'abord un frisson, puis de la douleur, 18 heures ou plus souvent deux à trois jours après l'opération. L'amygdale pharyngée peut être prise pareillement ainsi que les bords superolatéraux de l'anneau lymphoïde de la gorge.

La marche de cette angine est favorable. Est-ce là une coïncidence? Est-ce une infection? Il ne s'agit pas d'une infection locale propagée de proche en proche ainsi que le montre l'examen de la plaie, l'apparition de l'angine souvent du côté opposé. Pour Treitel, il s'agit d'une coïncidence. L'opération semble seulement avoir prédisposé les sujets.

Treitel cite encore une observation d'otite moyenne et une de conjonctivité (du côté opéré).

Il a encore noté une scarlatine chez un jeune homme deux jours après l'ablation d'une épine de la cloison, au galvano-cautère, et dans une autre opération semblable, une carie étendue de la paroi externe du méat moyen du côté de l'opération et une carie du septum avec perforation du côté opposé (le sujet était syphilitique).

Parmi les symptômes nerveux observés, citons les malaises, les vertiges, les vomissements (opération sur les polypes), l'insomnie, les névralgies, etc. Quelquefois la limitation du point opéré réveille les symptômes ou provoque un paroxysme.

L'auteur recommande l'emploi de la poudre d'iodoforme, les attouchements avec l'iodol, et surtout la désinfection des instruments.

P. TISSIER

Discussion sur la communication de Treitel sur les phénomènes réactionnels qui suivent les opérations intra-nasales. (*Laryngologische Gesellschaft zu Berlin. Berlin. klin. Woch.*, n° 2, p. 43, 13 janvier 1890.)

Krakauer a, comme Treitel, noté la tendance à la syncope des sujets, même courageux, après les opérations nasales, qu'il y ait eu ou non au préalable cocainisation. L'inflammation de l'oreille moyenne s'observe fréquemment après ces opérations. Il faut, pour les éviter, laver les fosses nasales avec soin, une fois l'hémostase obtenue. Il n'a vu qu'un cas d'érysipèle à la suite de l'ouverture d'un abcès de l'aile du nez, d'origine

obscur. Il a observé une arthrite du coude gauche à la suite de l'ablation d'un petit fragment d'un sarcome de la fossette de Rosenmüller. L'ablation d'un éperon osseux du nez fut suivie de méningite, puis de rhumatisme articulaire généralisé.

Schadewaldt considère comme d'origine réflexe la céphalée, les vertiges, la syncope qui se voient à la suite de l'ablation des polypes du nez. Le simple badigeonnage de la pituitaire avec une solution alcoolique produit des vertiges. Le tabac à priser est un bon réactif de la sensibilité nasale. Dans un certain nombre de cas, il ne se produit pas d'éternuements, mais des défaillances, mettant les sujets dans l'impossibilité de marcher. Ces phénomènes sont l'indice d'un trouble de la réflectivité de la muqueuse.

Schœtz a remarqué que les opérations au galvanocautère ouvraient une porte à l'infection, d'autant mieux qu'ils portent sur un point plus limité. Au bout d'une huitaine de jours, lorsque la croûte tombe, se montre l'infection. *Schötz* a fréquemment trouvé de l'amygdalite avec inflammation de tout l'anneau lymphoïde de la gorge.

Rosenberg communique une observation remarquable. A la suite d'une cautérisation, dans un cas de coryza vaso-moteur du côté gauche, il se montra des troubles de la vue. Les objets parurent d'abord bleu foncé, puis il y eut cécité absolue, qui disparut au bout de sept minutes.

Sandmann a étudié l'eschare qui se forme après les cautérisations intra-nasales. Elle est fibrineuse si l'épithélium est légèrement lésé, purulente si la cautérisation est plus profonde.

Heymann rapporte le fait suivant : trois jours après la cautérisation des cornets inférieurs chez un enfant se montra une fièvre intense avec rougeur généralisée. Au bout de deux jours, la fièvre et l'éruption avaient disparu. *Heymann* pensa à une éruption cocaïnique. On cautérisa de nouveau l'enfant, et il retourna chez lui, où il eut de la néphrite scarlatineuse.

Treitel. L'amygdalite lacunaire est rare à la suite des opérations sur l'amygdale ou l'anneau lymphoïde de la gorge. Mais il a vu de l'angine lacunaire de l'amygdale pharyngée avec petits bouchons blancs.

P. TISSIER.

Contribution à l'étude de la syphilis pharyngo-nasale, par P. GERBER. (Königsberg, 1889. *Berliner klin. Woch.*, n° 6, p. 135, 10 février 1890.)

L'auteur passe en revue les divers points de l'histoire de la

syphilis pharyngo-nasale dont il rapporte 27 observations prises à la clinique de P. Michelson. Il attribue les ulcérations longitudinales du septum au décubitus, et les considère comme dues à la pression des cornets infiltrés sur le septum. Mais avec Kuttner et Krause, on peut objecter à cette opinion que l'on peut observer des ulcérations analogues et suivre son évolution depuis le début, sans que l'on constate une infiltration assez marquée des cornets pour produire cette compression. D'autre part, on voit tous les jours d'énormes tuméfactions des cornets sans ulcération de la cloison.

La lésion des os du nez n'est pas toujours suffisante pour produire l'affaissement du nez, mais elle semble bien en être une condition nécessaire.

P. TISSIER.

Sur l'anatomie du rétro-pharynx, par R. PÖLCHEN.

(*Virchow's Archiv.* Bd CXIX, Heft 1.)

Ce travail a pour but d'établir la réalité, d'après les données anatomiques, de l'existence si souvent discutée du recessus median, nommé aussi bourse pharyngée, et sur lequel les travaux de Tornwaldt ont attiré l'attention. Il est à remarquer, à un point de vue général, que ce sont surtout les petits côtés de l'anatomie qui ont fait et feront sans doute couler le plus d'encre. L'anatomie est une science purement descriptive, qui, depuis des années, semble être fixée. Mais lorsqu'on y regarde de plus près, on s'aperçoit que sur bien des points il n'y a encore rien de précis, rien de définitif. L'exemple du recessus pharyngé médian en est un exemple topique. Il semble que rien ne soit plus facile de faire la lumière à ce sujet. Mais encore faut-il examiner de près des pièces, et des pièces dans de bonnes conditions. Si ce mal avait été observé par tous ceux qui ont écrit à ce sujet, point ne serait besoin aujourd'hui d'y revenir.

Aussi le travail de Pölchen nous semble-t-il intéressant. Il tranche en effet la question. Nous n'avons pas dit qu'il ferait tomber les discussions ; car entre un fait démontré et un fait accepté, il y a souvent un abîme.

Pölchen a détaché le pharynx entier avec la base du crâne correspondante, et étudié la disposition des parties sur des coupes transversales et longitudinales, faites après congélation.

Il en résulte qu'il existe à la partie médiane du rétro-pharynx une dépression, un recessus, causé vraisemblablement par la

présence des deux muscles longs de la tête. (*Recti capitis ant. maj.*)

Ces muscles, à leur insertion sur l'occipital, forment deux saillies bordant une dépression. Celle-ci est recouverte par la muqueuse pharyngée qui peut y former une véritable poche. Lorsque le tissu adénoïde est très développé, la fente et le recessus se trouvent comblés et disparaissent.

Au point de vue physiologique, le recessus médian reste immobile pendant la déglutition, ainsi que l'auteur a pu s'en assurer directement sur le vivant après les larges résections du maxillaire supérieur.

Il constitue un réservoir de mucus, d'où celui-ci s'écoule constamment.

Il semble très prédisposé aux troubles de sécrétion (hyper-sécrétion, rétention, suppuration). Aussi est-ce là qu'il faut rechercher l'origine des troubles sécrétoires du pharynx nasal.

P. TISSIER.

Catarrhe du recessus pharyngé médian, par R. KAFEMANN.
(Königsberg 1889. *Berlin. klin. Woch.*, n° 9, p. 202, 3 mars 1890).

Dans la discussion engagée entre Tornwaldt et Schwabach sur la bourse pharyngée, Kafemann se range du côté de ce dernier auteur.

Mais, ainsi que nous avons eu l'occasion de le dire, il y a trois ans, dans un travail sur cette question, paru dans les *Annales*, le point capital n'est pas là, et c'est en vain qu'on cherche à le déplacer. Existe-t-il oui ou non des cas de catarrhe localisé à la région visée par Tornwaldt? Ce catarrhe provoque-t-il des troubles locaux et à distance bien déterminée? Le traitement dirigé contre ce point, considéré comme siège originel de la maladie, est-il suivi de succès? Avec tous les auteurs, sauf peut-être Bressen, en nous fondant sur ce que nous avons vu, nous avons répondu oui. Eh bien, dès lors, qu'importe qu'il existe en la région une bourse, un recessus, etc. Cela, c'est l'affaire des anatomistes. On y a même fait intervenir les embryologistes. Évidemment nous ne contestons pas l'intérêt qu'il y aurait à être fixé sur la question, et dès 1886, nous admettions qu'il s'agissait vraisemblablement d'un recessus médian analogue aux recessus latéraux, n'ayant pas la noble origine, à lui attribuée par Tornwaldt, de descendre en ligne directe de l'intestin antérieur, témoignage persistant de la filiation embryogénique de l'hypophyse.

Le travail de Kafemann, qui a l'immense avantage d'être allemand, et par suite, *ipso facto*, de compter dans la science, aboutit aux conclusions que nous venons d'indiquer. P. TISSIER.

Cas rare de cancer du pharynx, paralysie d'un abducteur par lésion directe du muscle, par W. LUBLINSKI. (*Berliner medizinische Gesellschaft*, séance du 5 mars 1890, in *Berliner klinische Woch.*, n° 13, p. 309. 31 mars 1890.)

Il s'agit d'un cancer ulcéré primitif de l'extrémité inférieure du pharynx siégeant à droite. Le seul symptôme observé était de la dysphagie des liquides. L'examen, au moins, montrait une petite tuméfaction livide du repli ary-épiglottique droit et de l'aryténoïde de ce côté avec immobilité de la corde vocale correspondante, en situation médiane. L'influenza a donné un coup de fouet à la maladie. Pas de tuméfaction extérieure, pas d'adénopathie. La tumeur envahit le tissu pyramidal et la partie laryngée du pharynx et sutura. L'examen d'un fragment de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un carcinome.

D'après Klebs, König et Orth, le cancer de cette région est exceptionnel. Mais les laryngologistes Mackenzie, E. Fränkel et Lublinski pensent le contraire. Mais il faut rechercher la lésion qui ne se trahit guère à l'extérieur par des signes qui inspirent le diagnostic, contrairement à ce qu'écrivent les auteurs classiques.

La position médiane d'une corde vocale a aussi son intérêt. Dans ce cas, il s'agit d'une lésion du muscle crico-aryténoïdien postérieur et non du nerf récurrent. Lublinski l'a constatée à l'autopsie, ainsi que Fränkel; l'apparition précoce de la paralysie montre que le début du néoplasme est sous-muqueux.

P. TISSIER.

Contribution à l'étude de la pathologie de l'amygdale linguale, par G. KERSTING. (*Centr. f. klin. med.*, n° 11, p. 203, 15 mars 1890.)

L'amygdale linguale présente assez fréquemment des lésions (Swain, Seifert, etc.). L'auteur l'a trouvée atteinte 17 fois sur 300 malades. C'est une affection des jeunes gens, atteignant aussi souvent les adultes. Chez les vieillards, on voit surtout des varices à la base de la langue.

P. TISSIER.

Langue pileuse, par M. DINKLER. (*Virchow's Archiv. Bd CXVIII, Heft 1, Centralblatt f. klin. Med., n° 11, p. 205, 15 mars 1890.*)

Il se développa à la suite de la scarlatine qui s'accompagna d'une éruption furonculaire de la tête, chez un enfant de 8 ans, une coloration noire de la langue avec nombreux prolongements noirs, de forme de filaments, adhérents entièrement à la muqueuse et formés par les papilles filiformes, devenues énormes. Très résistantes, ces papilles, dissociées par un séjour prolongé dans la potasse caustique (1 heure), se montraient formées de cellules épithéliales brunes, de constitution homogène. Les choses revinrent rapidement à l'état normal. Il s'agirait d'une manifestation locale de l'hyperkératose générale qui suit la scarlatine.

Un second cas concerne un adulte atteint de catarrhe stomacal avec dilatation. La langue, de coloration brun-noirâtre, portait des prolongements d'aspect pileux longs de plusieurs millimètres. Il s'agissait aussi d'une altération des papilles filiformes. Elles étaient entourées de bacilles qui leur donnaient leur coloration brune. L'état de la langue disparut rapidement avec la guérison de l'affection stomacale.

P. TISSIER.

Deux cas de périostite du maxillaire supérieur en relation directe avec l'influenza, par H. MÖSER. (*Berlin. klin. Woch., n° 15, p. 341, 14 avril 1890.*)

Dans les deux cas, sans cause apparente, se montrèrent subitement des douleurs vives dans les dents, puis dans tout le maxillaire (dans un cas, elles s'étendirent même à l'apophyse mastoïde) avec tuméfaction prononcée de la muqueuse du palais. Dans un cas seulement, il y eut suppuration au niveau du voile et dénudation osseuse.

P. TISSIER.

Sur la stomatite gangreneuse idiopathique, par BRUCKE. (*Inaug. Dissert. Berlin 1889, in Centralbl. f. klin. Med., n° 16, p. 293, 19 avril 1890.*)

L'auteur a réuni les cas publiés jusqu'ici : 7 chez l'homme et 3 chez la femme, et il y ajoute un 11^e cas, observé et traité par Sonnenburg. Voici le résumé de ce dernier fait : Sujet de 32 ans ; pas de maladies antérieures ; en 1888, rhumatisme articulaire fébrile qui persista longtemps, avec rémission et exacerbation successives. Pendant la convalescence, à la suite, dit le malade, de l'ingestion de saucisses avariées, vomissements, diarrhée. En novembre 1888, apparut, en arrière des incisives supé-

rieures, une vésicule bleuâtre, qui laissa une ulcération sanieuse qui s'étendit aux deux tiers du palais osseux. Les dents sont un peu mobiles. Par pression, il sort de l'ulcération une sanie fétide. Fièvre intense. Malgré des cautérisations répétées au thermo-cautère, l'ulcération envahit toute la bouche. Température très élevée. Douleur et tuméfaction du genou gauche. Cautérisation de l'ulcération avec une solution de 1/10 de chlorure de zinc. Pas de résultat. Septicémie, mort. P. TISSIER.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

FRANCE.

Nez.

Contribution à l'étude expérimentale des névroses réflexes d'origine nasale, par François Franck (*Arch. de physiol. norm. et pathol.*, juillet 1889).

Electrolyse du canal nasal, par Gorecki (Congrès de la Soc. française d'ophtalm., Paris, 10 août; in *Progrès méd.*, 31 août 1889).

Rapport des maladies des yeux avec les maladies du nez, par Despagne (Congrès de la Soc. française d'ophtalm., Paris, 10 août; in *Progrès méd.*, 31 août 1889).

Contribution à l'étude des papillomes des fosses nasales, par L. Lacoarret (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} et 15 septembre et 1^{er} octobre 1889).

Observation d'un cas de céphalée quotidienne datant de deux ans guérie par la cautérisation nasale et l'ablation des masses adénoïdes, par E. Menière (*Gaz. des hôp.*, 5 septembre 1889).

Polype naso-pharyngien à prolongements multiples, par H. Bousquet (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 12 septembre 1889).

Des affections réflexes provenant de la muqueuse nasale. Crises d'hystérie due à une hypertrophie des cornets inférieurs, curieux cas de sommeil hypnotique. Accès d'asthme disparaissant après l'ablation de polypes muqueux, par Polo (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 septembre 1889).

Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale et pharyngée, par L. Lichtwitz (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Empyème de l'antre d'Highmore, par T. Heryng (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

De l'hypertrophie des cornets comme cause de larmolement, par Lubet-Barbon (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

De certains phénomènes de la ménopause d'origine génito-nasale, par Joal (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre; et *Rev. de laryngol. et rhinol.*, 1^{er} décembre 1889).

Végétations adénoïdes et surdi-mutité, par Lavrand (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Electrolyse dans les obstructions nasales par épaississement de la cloison, par J. Garel (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Lupus de la membrane pituitaire, par Wagnier (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 octobre 1889).

Applications du courant galvanique au traitement des affections des fosses nasales, par F. Suarez de Mendoza (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre, et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} décembre 1889).

Rhinite caséuse ou cholestéatomateuse, par V. Cozzolino (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; et Congrès français de chir., 4^e session, séance du 11 octobre, Paris 1889).

Redresseurs de la cloison nasale, par Delstanche (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Papillome de la fosse nasale droite, par Noquet (*Bull. méd. du Nord*, 13 septembre 1889).

Nature du coryza caséux, par Bories (4^e session du Congrès français de chir., séance du 8 octobre, Paris, 1889).

Pleurésie hémorrhagique; cancer de la plèvre consécutif à un épithélioma du nez opéré avec succès cinq ans auparavant, par Féréol (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 18 octobre 1889).

Nouveau procédé de restauration du nez, par Montaz (*Ann. de l'enseignement supérieur de Grenoble*, n° 1, 1889).

La réversion para-hépatique dans le traitement des épistaxis, par Ch. Liégeois (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 22 novembre 1889).

Du traitement de l'ozène vrai, par V. Rochet (*Province méd.*, n° 42, 1889).

De l'appareil nerveux central de l'olfaction, par Trolard (*Comptes rendus de la Société de biologie de Paris*, 29 novembre 1889).

Traitement de l'ozène, par J. Baratoux (*Progrès méd.* 7 décembre 1889).

Note sur un moyen très simple d'amener la disparition définitive de certaines épistaxis à répétition, par A. Ruault (*Arch. de laryng. et rhinol.*, décembre 1889).

Pathogénie de l'ozène atrophique, par P. Raugé (*Bull. méd.*, 1^{er} janvier 1890).

Sur la structure des polypes muqueux des fosses nasales, par R. Botey (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} janvier 1890).

Sur la forme du nez dans l'ozène vrai ou rhinite atrophique fétide, par Potiquet (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} janvier 1890).

Sur quelques névropathies réflexes d'origine nasale, par Ch. Goris (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} janvier 1890).

Contribution à l'étude des papillomes des fosses nasales, par Robert (*Thèse de Bordeaux*, décembre 1889).

De l'innervation vaso-dilatatrice de la muqueuse nasale, par François Franck (*Arch. de physiol.*, octobre 1889).

Réversion hépatique contre l'épistaxis, par Haffner (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1^{er} janvier 1890).

Syphilis mutilante de la face avec bifidité du lobule nasal, par H. Hallopeau (*Ann. de dermat. et syphil.*, 25 novembre 1889).

Agent infectieux du rhinosclérome, par H. Hallopeau (*France méd.*, 10 janvier 1890).

La chirurgie du sinus sphénoïdal, par E. Berger (*Thèse de Paris*, février 1890).

Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants, par Chauvignier (Acad. de méd. de Paris, séance du 11 mars; et *Gaz. des hôp.*, 13 mars 1890).

Des manifestations nasales et auriculaires de la grippe, par H. Nimier (*Mercredi méd.*, 12 mars 1890).

Quatre cas d'hyperesthésie nasale, par P. Raugé (*Lyon méd.*, 16 mars 1890).

Epithéliome du dos du nez, par Heurtaux (Soc. anatom. de Nantes, séance du 16 février; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 mars 1890).

De l'obstruction nasale, principalement par les tumeurs adénoïdes dans leurs rapports avec les déviations de la colonne vertébrale et les déformations thoraciques, par P. Redard (*Gaz. méd. de Paris*, 22 mars 1890).

I. Gomme ulcérée de l'aile gauche du nez. — II. Syphilis naso-pharyngo-laryngienne tertiaire, par V. Raulin (*Ann. de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1890).

Un cas de tuberculose nasale chez un syphilitique, par Grossard (*Ann. de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1890).

Sur un cas de polype kystique des fosses nasales, par G. Labit (*Ann. de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1890).

Deux cas d'abcès froids retro-pharyngiens, par R. Arnaud (*Ann. de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1890).

Nécrose osseuse du canal nasal, par Fage (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 mars 1890).

Ulcerations tuberculeuses des fosses nasales et du pharynx, par H. Luc (Soc. méd. du VII^e arrondissement de Paris, séance du 22 octobre 1889 in *France méd.*, 11 avril 1890).

De l'épistaxis chez le vieillard, par P. Parisot (*Rev. méd. de l'Est*, 1^{er} avril 1890).

Recherches spirométriques dans les rhinopathies, par J. Joal (*Rev. de laryngol., otol. et rhinol.*, 15 avril et 1^{er} mai 1890).

Du coryza pseudo-membraneux (rhinite fibrineuse croupale), par V. Raulin (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} mai 1890).

De l'asthme des foins. Pathogénie et traitement, *Revue générale*, par L. Dreyfus-Brisac (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 10 mai 1890).

Considerations cliniques sur les abcès des sinus frontaux pouvant simuler des lésions indépendantes de la cavité orbitaire, par Panas (Soc. française d'ophtalmologie, Paris, 8 mai; et *Mercredi méd.*, 14 mai 1890).

L'asthme et le nez, par Potiquet (*Médecine moderne*, 15 mai 1890).

Transformation kysto-pneumatique du cornet moyen, par E. Schmiegelow (*Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 mai 1890).

Un cas de rhinolith, par Noquet (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 23 mai; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} juillet 1890).

Complications des végétations adénoïdes; existence de la fente palatine avec les tumeurs adénoïdes, par Boucheron (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 23 mai; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 août 1890).

Tumeurs adénoïdes chez les adultes, par Raulin (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 24 mai; in *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} juillet 1890).

De quelques complications de l'opération des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par A. Cartaz (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 24 mai; et *Arch. de laryng. et rhinol.*, juin 1890).

Sur la nature de l'ozène; recherches histologiques et bactériologiques, par S. Marano (*Arch. de laryng. et rhinol.*, avril 1890).

Les tumeurs adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne et les laryngites striduleuses, par Ragoneau (*Thèse de Paris*, juin 1890).

Traitement de la syphilis tertiaire du nez et du pharynx, par Ch. Mauriac (*Mercredi méd.*, 4 juin 1890).

Hypertrophie du cornet inférieur. Destruction par l'électrolyse, par G. Bédart (*Ann. de la polyclinique de Toulouse*, juin 1890).

Trois cas de rhinolithiase, par A. Ruault (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 23 mai; et *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 août 1890).

Polype muqueux kystique de la fosse nasale droite, par Polo (Soc. anat. de Nantes, séance du 14 mai; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 juin 1890).

I. Sur un cas d'empyème du sinus sphénoïdal. — II. Pinceau nasal, par A. Ruault (*Arch. de laryng. et rhinol.*, juin 1890).

Tumeur mixte (épithélio-sarcome) des fosses nasales; envahissement des lobes frontaux; abcès latent du cerveau; mort subite; autopsie, par G. Durante (*Arch. de laryng. et rhinol.*, juin 1890).

Sarcome des fosses nasales, par P. Tillaux (*Gaz. des hôp.*, 8 juillet 1890).

Tuberculose de la muqueuse nasale (formes primitive et secondaire), par Olympitis (*Thèse de Paris*, juillet 1890).

Présentation de pièces anatomiques provenant de végétations adénoïdes du pharynx, par Rafin (*Bull. méd. du dispens. gén. de Lyon*, juillet 1890).

Observation d'un corps étranger des fosses nasales par l'ouverture postérieure (tige de laminaria et rétrécissement cicatriciel des fosses nasales), par L. Rougier (*Bull. méd. et adm. du disp. gén. de Lyon*, juillet 1890).

Polype fibro-muqueux naso-pharyngien. Accès caractérisés par des phénomènes congestifs, des hémorrhagies et une augmentation momentanée du volume de la tumeur. Atrophie progressive spontanée, par Bouchaud (*Rev. de chir.*, 10 juillet 1890).

Anosmie, par A. René (*Gaz. des hôp.*, 31 juillet 1890).

Chancres syphilitiques de la cloison des fosses nasales, par Marfan (*Ann. de dermat. et syphil.*, 25 juin 1890).

Des mesures électriques dans l'électrolyse des déviations de la cloison du nez, par Bergonié (Ass. franç. pour l'avanc. des sciences, congrès de Limoges, août 1890).

Ablation d'un polype naso-pharyngien avec trachéotomie préalable, par Chénieux (Ass. franç. pour l'avanc. des sciences, congrès de Limoges, août 1890).

Essai sur les sarcomes de l'antra d'Highmore, par Jourdan (*Thèse de Montpellier*, 1890).

Nouveau procédé pour opérer les végétations adénoïdes du pharynx nasal chez l'enfant (Procédé de Moritz Schmidt), par R. Calmettes et Lubet-Barbon (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 23 août 1890).

De l'épistaxis dans le mal de Bright. Leçon de H. Barth, recueillie par R. Faure-Miller (*Gaz. méd. de Paris*, 6 et 13 septembre 1890).

Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal aux différents âges, par Luc et Dubief (*Arch. de laryng. et rhinol.*, août 1890).

Chancres syphilitiques de la cloison du nez, par Gémy (*Ann. de dermat. et syphil.*, 25 juillet 1890).

ERRATUM

Notre confrère M. le Dr Noquet, de Lille, nous prie de rectifier la phrase suivante qui lui a été attribuée dans notre compte rendu de la Société française d'otologie et de laryngologie (p. 644, n° de septembre) : « *J'ai employé le raréfacteur de Delstanche, sans avantages mais sans accidents,* » en lui substituant ce qui suit : « *Évidemment le raréfacteur de Delstanche ne réussit pas toujours, mais il rend souvent de grands services, et dans tous les cas, je ne l'ai jamais vu, depuis cinq ans, produire le moindre accident.* »

NOUVELLES

Notre savant ami M. le professeur Schrötter, vient d'être nommé *professeur ordinaire* de clinique médicale à l'Université de Vienne (nouvelle création). C'est un grand honneur pour la laryngologie que le passage de cet éminent spécialiste à une des chaires les plus élevées de l'enseignement médical.

Nous apprenons avec le plus grand plaisir que notre savant collaborateur et ami M. G. Gradenigo, de Turin, vient d'être désigné par le Conseil supérieur de l'instruction publique, à la demande unanime de la Faculté de médecine de Turin, pour enseigner officiellement l'otologie à l'Université de cette ville. La chaire d'otologie de Turin est la seconde de cette espèce créée en Italie, la plus ancienne étant à Rome.

Nous lisons dans la *Berlin. klin. Wochensc.* que le professeur von Mering, de Strasbourg, qui vient d'être appelé à la direction de la *Polyclinique* nouvellement fondée à Halle-s/S., a été en même temps chargé de l'enseignement de la laryngologie.

Le *Bollettino delle Malattie dell' Orecchio, Gola e Naso* annonce que le Dr Giulio Masini vient d'être nommé *docent libre* de laryngologie à l'Université royale de Gènes.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de notre confrère le Dr René Calmettes, décédé à Paris, à l'âge de

Végétations adénoïdes et surdi-mutité, par Lavrand (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Electrolyse dans les obstructions nasales par épaississement de la cloison, par J. Garel (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Lupus de la membrane pituitaire, par Wagnier (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 octobre 1889).

Applications du courant galvanique au traitement des affections des fosses nasales, par F. Suarez de Mendoza (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre, et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} décembre 1889).

Rhinite caséuse ou cholesteatomateuse, par V. Cozzolino (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; et Congrès français de chir., 4^e session, séance du 11 octobre, Paris 1889).

Redresseurs de la cloison nasale, par Delstanche (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Papillome de la fosse nasale droite, par Noquet (*Bull. méd. du Nord*, 13 septembre 1889).

Nature du coryza caséux, par Bories (4^e session du Congrès français de chir., séance du 8 octobre, Paris, 1889).

Pleurésie hémorrhagique; cancer de la plèvre consécutive à un épithélioma du nez opéré avec succès cinq ans auparavant, par Féréol (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 18 octobre 1889).

Nouveau procédé de restauration du nez, par Montaz (*Ann. de l'enseignement supérieur de Grenoble*, n° 1, 1889).

La révulsion para-hépatique dans le traitement des épistaxis, par Ch. Liegeois (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 22 novembre 1889).

Du traitement de l'ozène vrai, par V. Rochet (*Province méd.*, n° 42, 1889).

De l'appareil nerveux central de l'olfaction, par Trolard (Comptes rendus de la Société de biologie de Paris, 29 novembre 1889).

Traitement de l'ozène, par J. Baratoux (*Progrès méd.* 7 décembre 1889).

Note sur un moyen très simple d'amener la disparition définitive de certaines épistaxis à répétition, par A. Ruault (*Arch. de laryng. et rhinol.*, décembre 1889).

Pathogénie de l'ozène atrophique, par P. Raugé (*Bull. méd.*, 1^{er} janvier 1890).

Sur la structure des polypes muqueux des fosses nasales, par R. Botey (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} janvier 1890).

Sur la forme du nez dans l'ozène vrai ou rhinite atrophique fétide, par Potiquet (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} janvier 1890).

Sur quelques névropathies réflexes d'origine nasale, par Ch. Goris (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} janvier 1890).

Contribution à l'étude des papillomes des fosses nasales, par Robert (*Thèse de Bordeaux*, décembre 1889).

De l'innervation vaso-dilatatrice de la muqueuse nasale, par François Franck (*Arch. de physiol.*, octobre 1889).

Révulsion hépatique contre l'épistaxis, par Haffner (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1^{er} janvier 1890).

Syphilis mutilante de la face avec bifidité du lobule nasal, par H. Hallopeau (*Ann. de dermat. et syphil.*, 25 novembre 1889).

Agent infectieux du rhinosclérome, par H. Hallopeau (*France méd.*, 10 janvier 1890).

La chirurgie du sinus sphénoïdal, par E. Berger (*Thèse de Paris*, février 1890).

Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants, par Chau-
mier (Acad. de méd. de Paris, séance du 11 mars; et *Gaz. des hôp.*,
13 mars 1890).

Des manifestations nasales et auriculaires de la grippe, par H. Nimier
(*Mercredi méd.*, 12 mars 1890).

Quatre cas d'hyperesthésie nasale, par P. Raugé (*Lyon méd.*, 16 mars
1890).

Epithéliome du dos du nez, par Heurtaux (Soc. anatom. de Nantes,
séance du 16 février; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 mars 1890).

De l'obstruction nasale, principalement par les tumeurs adénoïdes dans
leurs rapports avec les déviations de la colonne vertébrale et les défor-
mations thoraciques, par P. Redard (*Gaz. méd. de Paris*, 22 mars
1890).

I. Gomme ulcérée de l'aile gauche du nez. — H. Syphilis naso-pharyn-
go-laryngienne tertiaire, par V. Raulin (*Ann. de la polyclinique de Bor-
deaux*, janvier 1890).

Un cas de tuberculose nasale chez un syphilitique, par Grossard (*Ann.
de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1890).

Sur un cas de polype kystique des fosses nasales, par G. Labit (*Ann.
de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1890).

Deux cas d'abcès froids rétro-pharyngiens, par R. Arnaud (*Ann. de la
polyclinique de Bordeaux*, janvier 1890).

Nécrose osseuse du canal nasal, par Fage (*Journ. de méd. de Bordeaux*,
2 mars 1890).

Ulcerations tuberculeuses des fosses nasales et du pharynx, par H. Luc
(Soc. méd. du VII^e arrondissement de Paris, séance du 22 octobre 1889
in *France méd.*, 11 avril 1890).

De l'épistaxis chez le vieillard, par P. Parisot (*Rev. méd. de l'Est*,
1^{er} avril 1890).

Recherches spirométriques dans les rhinopathies, par J. Joal (*Rev. de
laryngol., otol. et rhinol.*, 15 avril et 1^{er} mai 1890).

Du coryza pseudo-membraneux (rhinite fibrineuse croupale), par V.
Raulin (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} mai 1890).

De l'asthme des foins. Pathogénie et traitement, *Revue générale*, par
L. Dreyfus-Brisac (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 10 mai 1890).

Considérations cliniques sur les abcès des sinus frontaux pouvant si-
muler des lésions indépendantes de la cavité orbitaire, par Panas (Soc.
française d'ophtalmologie, Paris, 8 mai; et *Mercredi méd.*, 14 mai
1890).

L'asthme et le nez, par Potiquet (*Médecine moderne*, 15 mai 1890).

Transformation kysto-pneumatique du cornet moyen, par E. Schmie-
gelow (*Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 mai 1890).

Un cas de rhinolithé, par Noquet (Soc. franç. d'otol. et laryng.,
Paris, 23 mai; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} juillet 1890).

Complications des végétations adénoïdes; existence de la fente pala-
tine avec les tumeurs adénoïdes, par Boucheron (Soc. franç. d'otol. et
laryng., Paris, 23 mai; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 août
1890).

Tumeurs adénoïdes chez les adultes, par Raulin (Soc. franç. d'otol. et
laryng., Paris, 24 mai; in *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} juillet
1890).

De quelques complications de l'opération des tumeurs adénoïdes du pha-
rynx nasal, par A. Cartaz (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 24 mai;
et *Arch. de laryng. et rhinol.*, juin 1890).

Sur la nature de l'ozène; recherches histologiques et bactériologiques,
par S. Marano (*Arch. de laryng. et rhinol.*, avril 1890).

Les tumeurs adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne et les laryn-
gites striduleuses, par Ragoneau (*Thèse de Paris*, juin 1890).

Traitement de la syphilis tertiaire du nez et du pharynx, par Ch. Mau-
riac (*Mercredi méd.*, 4 juin 1890).

Hypertrophie du cornet inférieur. Destruction par l'électrolyse, par G. Bédart (*Ann. de la polyclinique de Toulouse*, juin 1890).

Trois cas de rhinolithiase, par A. Ruault (*Soc. franç. d'otol. et laryng.*, Paris, 23 mai; et *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 août 1890).

Polype muqueux kystique de la fosse nasale droite, par Polo (*Soc. anat. de Nantes*, séance du 14 mai; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 juin 1890).

I. Sur un cas d'empyème du sinus sphénoïdal. — II. Pinceau nasal, par A. Ruault (*Arch. de laryng. et rhinol.*, juin 1890).

Tumeur mixte (épithélio-sarcome) des fosses nasales; envahissement des lobes frontaux; abcès latent du cerveau; mort subite; autopsie, par G. Durante (*Arch. de laryng. et rhinol.*, juin 1890).

Sarcome des fosses nasales, par P. Tillaux (*Gaz des hôp.*, 8 juillet 1890).

Tuberculose de la muqueuse nasale (formes primitive et secondaire), par Olympitis (*Thèse de Paris*, juillet 1890).

Présentation de pièces anatomiques provenant de végétations adénoïdes du pharynx, par Rafin (*Bull. méd. du dispens. gén. de Lyon*, juillet 1890).

Observation d'un corps étranger des fosses nasales par l'ouverture postérieure (tige de laminaria et rétrécissement cicatriciel des fosses nasales), par L. Rougier (*Bull. méd. et adm. du disp. gén. de Lyon*, juillet 1890).

Polype fibro-muqueux naso-pharyngien. Accès caractérisés par des phénomènes congestifs, des hémorrhagies et une augmentation momentanée du volume de la tumeur. Atrophie progressive spontanée, par Bouchaud (*Rev. de chir.*, 10 juillet 1890).

Anosmie, par A. René (*Gaz. des hôp.*, 31 juillet 1890).

Chancres syphilitiques de la cloison des fosses nasales, par Marfan (*Ann. de dermat. et syphil.*, 23 juin 1890).

Des mesures électriques dans l'électrolyse des déviations de la cloison du nez, par Bergonié (*Ass. franç. pour l'avanc. des sciences*, congrès de Limoges, août 1890).

Ablation d'un polype naso-pharyngien avec trachéotomie préalable, par Chénieux (*Ass. franç. pour l'avanc. des sciences*, congrès de Limoges, août 1890).

Essai sur les sarcomes de l'antre d'Highmore, par Jourdan (*Thèse de Montpellier*, 1890).

Nouveau procédé pour opérer les végétations adénoïdes du pharynx nasal chez l'enfant (Procédé de Moritz Schmidt), par R. Calmettes et Lubet-Barbon (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 23 août 1890).

De l'épistaxis dans le mal de Bright. Leçon de H. Barth, recueillie par R. Faure-Miller (*Gaz. méd. de Paris*, 6 et 13 septembre 1890).

Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal aux différents âges, par Luc et Dubief (*Arch. de laryng. et rhinol.*, août 1890).

Chancres syphilitiques de la cloison du nez, par Gémy (*Ann. de dermat. et syphil.*, 25 juillet 1890).

ERRATUM

Notre confrère M. le Dr Noquet, de Lille, nous prie de rectifier la phrase suivante qui lui a été attribuée dans notre compte rendu de la Société française d'otologie et de laryngologie (p. 644, n° de septembre) : « *J'ai employé le raréfacteur de Delstanche, sans avantages mais sans accidents,* » en lui substituant ce qui suit : « *Évidemment le raréfacteur de Delstanche ne réussit pas toujours, mais il rend souvent de grands services, et dans tous les cas, je ne l'ai jamais vu, depuis cinq ans, produire le moindre accident.* »

NOUVELLES

Notre savant ami M. le professeur Schrötter, vient d'être nommé *professeur ordinaire* de clinique médicale à l'Université de Vienne (nouvelle création). C'est un grand honneur pour la laryngologie que le passage de cet éminent spécialiste à une des chaires les plus élevées de l'enseignement médical.

Nous apprenons avec le plus grand plaisir que notre savant collaborateur et ami M. G. Gradenigo, de Turin, vient d'être désigné par le Conseil supérieur de l'instruction publique, à la demande unanime de la Faculté de médecine de Turin, pour enseigner officiellement l'otologie à l'Université de cette ville. La chaire d'otologie de Turin est la seconde de cette espèce créée en Italie, la plus ancienne étant à Rome.

Nous lisons dans la *Berlin. klin. Wochensc.* que le professeur von Mering, de Strasbourg, qui vient d'être appelé à la direction de la *Polyclinique* nouvellement fondée à Halle-s/S., a été en même temps chargé de l'enseignement de la laryngologie.

Le *Bollettino delle Malattie dell' Orecchio, Gola e Naso* annonce que le Dr Giulio Masini vient d'être nommé *docent libre* de laryngologie à l'Université royale de Gênes.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de notre confrère le Dr René Calmettes, décédé à Paris, à l'âge de

39 ans, le 26 octobre. Le Dr R. Calmettes était un des auristes les plus occupés et les plus estimés de Paris; son enseignement, très apprécié, avait été suivi avec empressement par tous les jeunes médecins qui ont étudié l'otologie en France depuis ces dix dernières années.

Les communications suivantes étaient annoncées à l'*Association rhinologique américaine*, qui s'est réunie à Louisville, le 6 octobre dernier :

Réflexes du nez, par A. B. Trasher (Cincinnati). — Hypertrophie tonsillaire, son influence sur les inflammations nasales et auriculaires et son traitement, par T. H. Stucky (Louisville). — Cautères pour le nez, par E. R. Lewis (Indianapolis). — Hygiène des organes respiratoires supérieurs, par L. B. Gillette (Omaha). — Manifestations nasales et pharyngées de la syphilis, résultats et traitement, par J. G. Carpenter (Stanford). — Hypertrophies nasales, par J. North (Colorado). — Polypes et autres tumeurs nasales, par C. T. Mac Gahan (Chattanooga). — Administration de la morphine par les narines, par C. H. von Klein (Dayton). — Huiles dans le traitement des affections nasales, par E. C. Painter (Pittsburg). — Excision de la glande de Luschka, par J. H. Eoulter (Peoria). — Relation des affections naso-pharyngiennes avec le catarrhe de l'oreille moyenne, par E. Walsh (Grand Rapids). — Asthme des foin, par A. de Wilbiss (Toledo). Quels doivent être nos excipients dans le spray nasal? par R. S. Knodé (Omaha). — Remarques sur les sujets qui ont été traités à l'Association rhinologique américaine, par T. F. Rumbo'd (San Francisco).

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Neue Heilmittel und alte Unzuträglichkeiten bei der Behandlung von Hals und Lungenkranken in Ems (Nouveau mode de traitement et ancienne intolérance des malades pour le traitement des affections de la gorge et pulmonaires à Ems, par Ed. ARONSOHN (Tirage à part de la *Deuts. med. Zeits.*, 1890).

Les bruits subjectifs de l'oreille. Conférence faite le 17 mai 1890, à Turin, par G. GRADENIGO (Extrait de la *Rivista veneta di Scienze mediche*, 1889).

Influence de l'excitation électrique du nerf auditif sur la perception du diapason vertex, par C. CORRADI (Extrait de la *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, n° 17; 1890).

Nouveaux procédés d'extraction des corps étrangers de l'oreille, par C. CORRADI (Extrait du *Sordomuto*, n° 3; 1890).

Zur prüfung der Schallperception durch die Knochen (De l'épreuve de la perception du son à travers les os, par C. CORRADI (Tirage à part des *Arch. für Ohrenh.*, 1890).

Contribution à la recherche des causes capables de produire la surdité chez les enfants, et comme conséquence le mutisme, par T. BOBONE (Extrait du *Sordomuto*, n° 4; 1890).

Un cas de guérison d'anosmie datant de 40 ans, par A. D'AGUANO (Extrait du *Boll. delle Malattie dell'Orecchio, Gola e Naso*, n° 5; 1890).

1. Hemorrhagie in's Labyrinth in Folge von pernicioser Anämie (Hémorragie du labyrinthe à la suite d'une anémie pernicieuse); — 2. Hemorrhagien ins Labyrinth in Folge von gewöhnlicher Anämie (Hémorragie labyrinthique consécutive à une anémie ordinaire); — 3. Ein Fall von Knöchenneubildung im Trommelfelle (Un cas d'ossification de la membrane tympanique, par J. HABERMANN (Tirage à part de la *Prager med. Wochens.*, n° 39; 1890).

Hémorrhagie après l'amygdalotomie, avec la description d'un amygdalotome galvano-caustique, par J. WRIGHT (Extrait du *New York med. Journ.*, 30 août 1890).

Bulletins et mémoires de la Société française d'otologie et de laryngologie (Tome VI, fasc. 2, A Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, Paris, 1890).

Wie ist der besonders bei Schulkindern, in folge gewisser nasen und Rachenkrankheiten beobachteten Gedanken und Geistesschwäche am besten und wirksamsten entgegenzutreten? (Quel est, chez les enfants des écoles, le moyen le meilleur et agissant le mieux à employer contre les affections nasales et pharyngées amenant la faiblesse de la mémoire et de l'esprit. Réponse de M. Bresgen (Tirage à part du *Zeits. f. Schulges und Heitspflege*, n° 10; 1890).

Die Trockenbehandlung der Nase und ihrer Nebenhöhlen (Le traitement sec du nez et des cavités voisines, par M. BRESGEN (Tirage à part de la *Berlin. klin. Woch.*, n° 39; 1890).

Weitere Mittheilungen über die Anwendung des Pyoktanins (Methylviolet) in Nase und Hals (Nouvelles communications sur l'emploi de la pyoktanine dans les maladies du nez et de la gorge), par M. BRESGEN (Tirage à part des *Therap. Monatshefte*, octobre 1890).

Le Gerant : G. MASSON.

